INHALTSVERZEICHNIS

INHALTSVERZEICHNIS IM EINZELNEN

EINLEITUNG

Unter Psychotherapie im weitesten Sinn verstehe ich eine Vermittlung, Anregung oder Provokation verwandelnder Erlebnisse. Bei den dialogischen Verfahren kann die Verwandlung durch Einsicht oder durch Verhaltensmodifikationen angestoßen werden. Einsicht, in der Bedeutung, die ihm in der Psychotherapie gegeben wird, ist nicht einfach nur intellektuelles, sondern immer emotional ergreifendes und damit wandelndes Verständnis. Auch die Erfahrung, die einer versuchsweisen Modifikation des äußeren oder inneren Verhaltens folgt, kann «verwandeln», z.B. bei einer Paartherapie zwei Wochen lang mit dem Partner so umzugehen, wie wenn keine Differenzen bestehen würden (Änderung des äußeren Verhaltens) oder z.B. vor dem Versuch der Lösung eines Problems sich selbst ermutigend statt entmutigend zuzusprechen (Änderung inneren Verhaltens). Bei Leibtherapie («Körpertherapie»), Musiktherapie, Imagninativen Verfahren, Hypnose geschehen die Anstöße auf andere Art.

Um «Psychotherapie» genannt zu werden, muss das Verfahren allerdings, wie J. H. Schultz schreibt, «mit klarer Aufgabe, klarer Methode und sachlich abgestecktem Ziel» einhergehen (Schultz 1936/^{2}1953 , S.31). «Klar» heißt «transparent», «sachlich abgesteckt» heißt «formulierbar», inhaltlich im Einverständnis mit dem Patienten.

Die verwandelnde Wirkung der durch Psychotherapie ausgelösten Erlebnisse besteht in einer Veränderung, Erweiterung oder Umgestaltung des «inneren Maßstabes», nach dem jemand dem, was ihm begegnet, Bedeutung, Sinn und Wert zumisst, mit anderen Worten: den Motiven, Werten und Zielen, die das Erleben und Verhalten eines Menschen und die Welt, in welcher er lebt, bestimmen. Wenn ein Klient betroffen sagt: «Darauf wäre ich nie gekommen!» oder «So habe ich meine Situation noch nie gesehen!», so hat er seinen bisherigen Bezugsrahmen in Frage gestellt.

Bei den dialogischen Verfahren geschieht dies im Rahmen einer mitmenschlichen Begegnung. Karl Jaspers stellte fest, dass die Tatsache, dass Arzt und Kranker sich «von Selbst zu Selbst» als «Schicksalsgefährten» begegnen, in der Psychotherapie «eine eigene Bedeutung» habe (Jaspers 1913/^{4}1946, S.668). Hans Trüb schrieb von Heilung durch Begegnung (1951), im englischen Sprachbereich wird von «Intersubjektivität» gesprochen (Stolorow u. Mitarb. 1987; Orange 1997). «Begegnung» findet statt, wenn ein Therapeut in seinem Patienten ein «Meinesgleichen» erlebt und umgekehrt. Es ist dies allerdings nicht der Fall, wenn der Therapeut seine Patienten nur aus verhaltenspsychologischer oder neurophysiologischer Sicht beurteilt und behandelt. Da wir uns selbst weder verhaltenspsychologisch noch neurophysiologisch erleben können, wird der Patient in diesen Fällen nicht als «Meinesgleicher» erlebt.

Psychotherapie kann problemorientiert sein oder persönlichkeitsorientiert. Im letzteren Fall wird auch von einer «Umstrukturierung» als Ziel gesprochen. Persönlichkeitsorientiert ist die konfrontative Frage an einen neuen Patienten: «Was wollen Sie an sich verändern?» (besser als: «Wollen Sie etwas an sich verändern?» – M. u. W. Holloway 1973a); problemorientiert ist die Frage: «Was führt Sie zu mir?». Will ich durch meine Behandlung oder Bera-

tung den Patienten dazu bringen, das er inskünftig seine Problemlösungsfähigkeit verbessert, dürfte es sich immer auch um eine Änderung der Persönlichkeit handeln.

Die Arbeit an diesem Überblick ließ mich erfahren, dass die Abfassung einer für Interessierte gut verständliche kurz zusammenfassende Schilderung eines bestimmten Modells von Psychotherapie schwieriger ist als die Abfassung eines ganzen Lehrbuches. Es war mir dies nur möglich, indem ich Schwerpunkte setzte, die nach meinem persönlichen Dafürhalten die verschiedenen Verfahren auszeichnen, – Schwerpunkte, einerseits in Bezug auf die Betrachtungsweise, die einem Verfahren zugrundeliegt, andererseits hinsichtlich der Praxis des Verfahrens. Ich legte besonderen Wert darauf, die – etwas kühn gesagt – «Stimmung» zu vermitteln, die den einzelnen Verfahren zugrundeliegt. Dazu eignen sich am besten Beispiele von Dialogfolgen zwischen Therapeut und Patient.

Der Umfang meiner Ausführungen zu einem bestimmten Modell von Psychotherapie deckt sich nicht unbedingt mit der historischen oder aktuellen Bedeutung eines Verfahrens, so genügten zur Schilderung der rationellen Psychotherapie von Paul Dubois nur wenige Seiten, dabei weckten die Veröffentlichungen von Dubois um die vorletzte Jahrhundertwende ein gewaltiges zustimmendes Echo, bis er durch die Psychoanalyse «übertönt» wurde, und aktuell heute ist Dubois als Vorläufer der kognitiven Psychotherapie wieder von Bedeutung.

Von jedem der geschilderten Psychotherapiemodelle sind gewisse Erkenntnisse und Begriffe in die angewandte Psychologie als solche aufgenommen worden, wenn auch nicht immer genau in ihrer ursprünglichen Bedeutung. Ich erwähne als Beispiel die psychoanalytischen Begriffe der Übertragung und Gegenübertragung. Ich erwähne als weiteres Beispiel die zentrale Bedeutung von Verhaltensweisen, wie sie die Verhaltenstherapie aufgebracht hat. Letzteres geht soweit, dass sogar Psychoanalytiker realisieren, dass die Psychoanalyse auch unter diesem Gesichtspunkt betrachtet werden kann. Ich erwähne auch das kompensatorische Verhältnis von Minderwertigkeitsgefühlen und Geltungsstreben aus der Individualpsychologie. Bei jemandem, der arrogant auftritt, drängt sich heute jedem psychologisch Interessierten die Frage auf: «Hat er Minderwertigkeitsgefühle?». Solche «Überbegriffe» fördern die erfreuliche Entstehung einer integrativen psychotherapeutischen Betrachtungsweise.

Ich habe die Entwicklung Von der Symbiose zur Individuation nach Margaret Mahler und die Auffassung von der Bindungstheorie nach John Bowlby in je einem eigenen Kapitel geschildert, obgleich es sich nicht um psychotherapeutische Verfahren im eigentlichen Sinn handelt, aber doch um für Psychotherapie bedeutsame Gesichtspunkte.

Zugrunde liegen meinen Ausführungen Besuche von Ausbildungsseminaren und von Fortbildungsseminaren, von Selbsterfahrung und Erfahrungen als ausübender Allgemeinpraktiker, Psychiater und Psychotherapeut. Ich war Teilnehmer von Supervisionsgruppen bei Vertretern verschiedener Schulen und leitete Supervisionsgruppen angehender Psychiater, wobei ich mich auf die bevorzugte psychotherapeutische Richtung jedes einzelnen einzustellen hatte. Mein eingehendes Literaturstudium umfasst über 60 Jahren mit besonderem Interresse für eine vergleichende Betrachtung verschiedenster psychotherapeutischer Schulen. Ich habe nicht auf alle Literatur hingewiesen, die meinen Betrachtungen zugrunde-

liegt. Es wäre dies störend gewesen für die Flüssigkeit der Lektüre. Es handelt sich nicht um eine Habilitationsschrift, sondern um didaktische Darlegungen. Meine Literaturhinweise beschränken sich auf die Angaben von Autoren, deren Namen mit bestimmten Konzepten verbunden ist, auf die Angabe der Quelle bei wörtlichen Zitaten und bei kontroversen Ansichten, letzteres insbesondere bei der Familientherapie nach Hellinger.

PSYCHOANALYSE

nach Sigmund Freud

Ich behandle die «Psychoanalyse» als Auffassung von der Entstehung und dem Wesen von Neurosen, hier in der Bedeutung von Störungen des Erlebens und Verhaltens ohne körperliche Ursachen, und ihrer Behandlung. Freud hat seine neurosenpsychologische Betrachtungsweise und sein Behandlungsverfahren fortlaufend weiterentwickelt. Dabei kam es zu Revisionen, bevor noch die vorangehenden Überlegungen ganz geklärt waren, zudem überlagern sich alte und neue Gesichtspunkte. Schließlich legen die Mitarbeiter und erst recht die Nachfolger von Freud die Akzente verschieden. *Die* Psychoanalyse gibt es nicht. Einen Überblick zu verfassen, ohne die komplizierte Entwicklungsgeschichte der Psychoanalyse aufzurollen, ist ohne Vereinfachung nicht möglich. Die Entwicklung geht überdies immer weiter, Wichtig sind in diesem Überblick *einerseits* die Herausstellung von historisch als «typisch psychoanalytisch» geltenden Gesichtspunkten, *andererseits* die Schilderung aktueller Verfahrensweisen, die in der Praxis unter «Psychoanalyse» laufen.

1. Zusammenfassung

Ausgangspunkt ist die Entdeckung von Joseph Breuer, einem älteren Freund und Kollegen von Freud, die dieser aufgriff, nämlich dass nicht erinnerbare, weil verdrängte Erlebnisse spätere neurotische Erlebens- und Verhaltensweisen zur Folge haben können. Wird durch besondere Maßnahmen die Erinnerung geweckt, was nur gegen einen Verdrängungswiderstand möglich ist, werden neurotische Symptome und/oder Charaktereigentümlichkeiten in ihrer Entstehung und in ihrem Wesen verständlich. Eine dann mögliche bewusste Auseinandersetzung mit diesen Erlebnissen, leite die Heilung ein. Aus dieser Erkenntnis und Erfahrung ergab sich, dass auch bei sogenannt Gesunden viele ihnen eigene Erlebens- und Verhaltensweisen durch prägende Erlebnisse aus der Kindheit bedingt oder beeinflusst sind.

Was das praktische Behandlungsverfahren anbetrifft, ist zuerst das *einige Wochen dauernde, bereits als psychoanalytisch bezeichnete Verfahren* zu erwähnen, das Freud bei seinen ersten Patienten, teilweise mit bestem Erfolg anwandte. Ich habe die Behandlung der Patientin Elisabeth v. R. als Musterbeispiel zum Ausgangspunkt genommen. – Daraus entwickelte sich mit der Zeit *die «klassische» Psychoanalyse*, die Hunderte von Sitzungen, je drei- bis fünfmal wöchentlich umfasst und entsprechend jahrelang dauert. In perfektionistischer Weise sollen dabei alle Erlebnisse aus der frühen Kindheit aufgedeckt werden, die das Erleben und Verhalten des Erwachsenen unbewusst bestimmen oder maßgebend beeinflussen. Freud: «Aufhebung der Kindheitsamnesie». – Auch von Psychoanalytikern wurden immer wieder aktivere und kürzer dauernde Behandlungen versucht oder durchgeführt, ohne aber überzeugend als eigene Verfahren herausgestellt zu werden. Von ungefähr Mitte des letzten Jahrhunderts an fanden kürzere Behandlungsverfahren als *psychoanalytisch orientierte Psychotherapie* Anerkennung und werden heute sogar von maßgebender psychoanalytischer Seite als Standardverfahren erklärt. Sie entsprechen hinsichtlich der Aktivität des

Therapeuten und der Dauer durchaus den erwähnten ersten Psychoanalysen von Freud. Das Langzeitverfahren gilt aber noch als wertvoll als «Motivationsanalyse» für Vertreter von sozialen Berufen und als sogenannte Lehranalyse für Psychoanalytiker in Ausbildung.

Bei den verdrängten Erlebnisse aus der Kindheit handelte es sich nach Freud um ungelöste Konflikte zwischen elementaren sexuellen Impulsen beim Kind und Untersagungen der sozialisierenden Eltern. Dabei umfasst der Begriff der Sexualität für Freud jegliche Körperlustgefühle, also z.B. auch «orale» wie z.B. die Lust, alles in den Mund zu nehmen, oder «anale» wie z.B. die Lust am Zurückhalten des Kotes im Darm, die vor den «genitalen» aktuell sind, Letztere sind, wie Freud mit Recht gegen gesellschaftliche Konventionen seiner Zeit feststellte, erstmals beim vier- bis fünfjährigen Kind aktuell. Was verdrängt worden ist, wirkt nach Freud «aus dem Unbewussten».

Freud führte bei einer Revision seiner Trieblehre später den Begriff des Todestriebes ein, der den Organismus in den anorganischen Zustand zurückführe. Freud nahm an, der Todestrieb könne sich sekundär auch nach außen wenden und dann die Form eines destruierenden Aggressionstriebes annehmen. Der Begriff des Todestriebes als solcher wurde von den meisten seiner Schülern und Nachfolgern nicht übernommen, wohl aber der Begriff eines Aggressionstriebes, den Freud später ausdrücklich als solchen aufgestellt hat, weshalb heute in der Psychoanalyse den sexuellen Impulsen aggressive zur Seite gestellt werden, die ebenfalls mit sozialisierenden Bestrebungen der Eltern in Konflikt geraten können.

2. Sigmund Freud, der Begründer der Psychoanalyse

Sigmund Freud (1856–1939), ist in Freiberg in Mähren, heute Příbor in Tschechien, als Sigismund geboren. Etwas zwanzig Jahre später wird er sich Sigmund nennen. Wie er ungefähr dreijährig ist, zieht die Familie verarmt nach Wien. Freud studierte Medizin. Er arbeitet noch vor dem Abschlussexamen in Medizin neuroanatomisch im Laboratorium eines Physiologen. Er befreundet sich in dieser Zeit mit dem 14 Jahre älteren Josef Breuer, der ihm auch finanziell mit Darlehen hilft. Nach einem Jahr Militärdienst absolviert er das medizinische Abschlussexamen. Er möchte die akademische Laufbahn einschlagen, aber auch bald verdienen, um heiraten zu können. Drei Jahre arbeitet er am Allgemeinen Krankenhaus. Im Jahr 1885 wird er Privatdozent für Neuropathologie. Er erhält ein Stipendium für eine Studienreise und begibt sich nach Paris zum berühmten Neurologen Jean-Martin Charcot, der über Hysterie arbeitet und auch Hypnose anwendet. Dort lernt er auch das Verhältnis eines «Meisters» zu ergebenen «Jüngern» kennen. Im Jahr darauf eröffnet Freud eine Praxis als Neurologe und kann heiraten. Er behandelt, wie in der Neurologie üblich, Neurosen mit Elektrotherapie und der Verschreibung von Diät und Ruhekuren. Im Jahr 1889 besucht er in Nancy Liébaut und Bernheim, die beide bekannt sind, weil sie mit Suggestion und Hypnose erstaunliche Erfolge haben. Josef Breuer berichtet ihm ausführlich über eine Patientin, die an verschiedenen neurotischen Symptomen leidet, wobei es Breuer gelingt, in Hypnose von ihr Erinnerungen erzählt zu bekommen, aus denen Erlebnisse hervorgehen, welche die einzelnen Symptome erstmals hervorgerufen haben, worauf diese verschwinden. Diese Erfahrungen Breuers regen Freud zur Entwicklung der Psychoanalyse an. Die erste Veröffentlichung

über dieses Verfahren zusammen mit Breuer, im Jahr 1895 (*Studien über Hysterie*). Im Jahr 1902 außerordentlicher Professor. Im Jahr 1909 fährt Freud mit seinem damaligen Schüler Jung nach den Vereinigten Staaten, wo beide zu Vorlesungen eingeladen sind und beide zu Ehrendoktoren ernannt werden.

Freud hatte um Anerkennung seiner neuen und unkonventionellen psychologischen Ansichten zu kämpfen. Er war ehrgeizig, arbeitsam, aufrichtig, auch gegenüber sich selbst, ein «unbestechlicher» Forscher. Er hatte eine reiche humanistische Allgemeinbildung, betrachtete allerdings bei seinen theoretischen Überlegungen die naturwissenschaftliche Betrachtungsweise auf dem Gebiet der Neurosenpsychologie als ideal. Es war ihm wichtig, einen Kreis absolut ergebener Schüler um sich sammeln. Von diesen verlässt ihn 1911 Alfred Adler (↗Individualpsychologie) und 1913 kommt es zu einem für beide tragischen Bruch mit dem von ihm zuvor als «Kronprinz» ausersehenen C. G. Jung (↗Analytische Psychologie) wegen Widersprüchen in der theoretischen Betrachtungsweise der Neurosen.

Im Jahre 1923 muss sich Freud einer ersten Operation wegen eines Krebsleidens am Gaumen unterziehen, der weitere Operationen folgen. Er ist ein kranker Mann, arbeitet aber weiter. Im Juni 1938 ist Freud als Jude höchst gefährdet, nachdem die Nationalsozialisten in Österreich einmarschiert sind. Der Präsident der Vereinigten Staaten Franklin D. Roosevelt setzt sich über seinen Gesandten in Wien für Freud ein, ebenso Mussolini direkt bei Hitler, da Freud einige Jahre zuvor die Tochter eines Freundes erfolgreich behandelt hat. Marie Bonaparte, begüterte Schülerin Freuds und sozusagen seine Vertreterin in Frankreich, zahlt die von den Nationalsozialisten verlangte Summe für die «Auswanderung». Freud erhält mit seiner Frau, neun Mitgliedern seiner Familie, seinem Hausarzt mit Familie und dem der Familie treuen weiblichen Dienstboten eine Einreiseerlaubnis nach England, wo sich bereits ein Sohn von ihm befindet. Sogar der gesamte Hausrat mit allen Büchern und seiner Antiquitätensammlung trifft überraschenderweise etwas später in London ein. Freud stirbt dort bereits im September 1939 an schweren, nicht mehr operierbaren Rezidiven seines Krebsleidens.

3. Erste psychoanalytische Erfahrungen von Freud

Die Psychoanalyse befasst sich mit funktionellen, d.h. nicht durch Veränderung von Körperorganen bedingten Störungen, die Freud als erlebnisbedingt («psychogen») erkannt hat. Wenn im Folgenden von «Hysterie» die Rede ist, handelt es sich um funktionelle Störungen der Wahrnehmungsorgane und/oder Bewegungsorgane, also nicht etwa um ein besonders theatralisches Verhalten der Patienten, wie der populäre Begriff «Hysterie» vermuten lässt.

3.1 Beispiel

(kurz zusammengefasst nach Freud 1895, Ges.W. I, S.196-251 als «Erste vollständige Analyse einer Hysterie»)

Zu Freud kam die Patientin, Elisabeth v. R., mit erheblichen Schmerzen an einer genau umschriebenen Stelle des einen Oberschenkels und einer allgemeinen Gehschwäche, die den Gebrauch von Krücken erfordert. Zuerst behandelte Freud sie, wie damals üblich, mit Massage und Elektrisierung der Muskulatur. Er kam zum Eindruck, dass es sich um ein er-

lebnisbedingtes Leiden handeln müsse. Wie ihm sein älterer Kollege und Freund Josef Breuer von der Behandlung einer Patienten geschildert hatte, galt es das verdrängte Erlebnis zu finden. Er ließ sie eingehend aus ihrem Leben erzählten. Dann versuchte er eine Hypnose, um tiefer in sie einzudringen, was ihm aber nicht gelang. Schließlich forderte er sie auf, während sie wie beim Versuch der Hypnose auf der Couch lag, auf Stichworte von ihm hin sich ihren Einfällen hinzugeben und ihm diese fortlaufend mitzuteilen. Er erleichterte ihr dies, indem er hie und da ihren Kopf anfasste und sie suggestiv dazu aufforderte.

Es stellte sich heraus, dass die Lähmung ihrer Beine in der Sommerfrische, die sie mit ihrer Mutter sowie ihrer Schwester und deren Mann verbracht hatte, aufgetreten waren. Ihre Schwester war herzkrank und starb darnach. Der entscheidende Augenblick der Behandlung kam, als die Patientin gegen große Widerstände die Erinnerung in sich aufsteigen ließ, dass ihr am Totenbett der Schwester der Gedanke kam: «Jetzt ist er frei; jetzt kann ich ihn heiraten!», den Schwager nämlich. «Der Effekt der Wiederaufnahme jener verdrängter Vorstellung war ein niederschmetternder für das arme Kind. Sie schrie laut auf, als ich ihr den Sachverhalt mit trockenen Worten zusammenfasste: ‹Sie waren also seit langer Zeit in ihren Schwager verliebt.›» Freud beruhigte sie väterlich, indem er ihre Moralvorstellungen zu mildern versuchte. Nach einigen weiteren Sitzungen war und blieb die Patientin geheilt, allerdings nach einem kurzen Rückfall, nachdem sie erfahren hatte, dass Freud das ärztliche Geheimnis gegenüber ihrer Mutter gebrochen hatte. Er hatte sich bei dieser erkundigt, wie der ehemalige Schwager von seiner Patientin nach dem Tod seiner Frau noch zur Familie stehe, da er sich vorstellte, es könnte nun doch zu einer Verbindung zwischen diesem und seiner Patientin kommen. Danach aber bliebt Elisabeth gesund und ließ Freud hie und da eine Botschaft zukommen. Freud konnte seine ehemalige Patientin über ein Jahr später an einer Einladung, zu der er sich Zutritt zu verschaffen wusste, «im raschen Tanze dahinfliegen» sehen. «Sie hat sich seither aus freier Neigung mit einem Fremden verheiratet» (Freud 1895, S.226).

3.2 Theoretische Schlussfolgerung von Freud aus seinen ersten psychoanalytischen Erfahrungen

Was bei der Entstehung einer solchen erlebnisbedingten Störung vor sich geht, erklärt sich Freud, neurophysiologisch unterstützt durch Breuer, auf verschiedene Art und Weise:

1. Bei der Hysterie wird die Erregungssumme einer Affektvorstellung in die körperliche Innervation umgesetzt. Es kommt aber nicht zu entlastende Muskelinnervationen, nicht zur Innnervation sekretorischer Vorgänge (z.B. über die Tränendrüsen), nicht zur Ableitung in Assoziationsbahnen zwischen verschiedenen Hirnrindenbezirken (Ausgleich durch Denkarbeit, durch innere Verarbeitung). Es kommt vielmehr zu einer Entgleisung der nervösen Impulse auf unangemessene Bahnen, die sonst durch Isolation verhältnismäßig geschützt sind. Eine Entgleisung auf die zu den Sinnesorganen führenden Nervenbahnen hat Halluzinationen zur Folge, eine Entgleisung auf die vegetativen Organe führt zu Störungen in deren Funktion. Eine solche Entgleisung kann – besonders wenn sie sich mehrfach wiederholt – zu einer neuen Bahnung führen (anomaler Reflex). Die Erneuerung einer Rindenerregung führt

dann schließlich zwingend zu einer Entgleisung sämtlicher zugehöriger Impulse und damit zum hysterischen Symptom. – Das therapeutische Verfahren von Breuer besteht darin, dass sie eine Zurückleitung der Erregung aus dem Körperlichen ins Psychische zielbewusst erzeugt, um dann einen Ausgleich durch Denkarbeit und die Abfuhr der Erregung durch Sprechen zu erzwingen.

2. An die herrschende Vorstellungsmasse des Ichs tritt eine mit einem peinlichen Affekt behaftete Vorstellung heran, die ein Kraft der Abstoßung von Seiten dieses Ich wachruft. Diese beeinflusst scheinbar unmotiviert die Stimmung, die Sinnestätigkeit und die motorischen Vorgänge. Es kann von einer Spaltung der Psyche gesprochen werden, denn daneben kann immer noch realitätsgerecht erlebt und sich verhalten werden. – Die Therapie besteht in Vorkehrungen, die abgespaltene Vorstellung wieder mit dem Ich-Bewusstsein zu vereinigen.

3. «Der Vorgang, der zu einer Hysterie führt, entspricht einem Akte moralischer Zaghaftigkeit, mit dem sich der Patient einem unerträglichen psychischen Zustand entzieht. Häufiger wird man zum Schluss kommen, dass ein größeres Maß von moralischem Mut ein Vorteil für das Individuum gewesen wäre», hätte es ihm doch ein behinderndes und schmerzhaftes körperliches Leiden erspart. Die Therapie besteht in einer Ermutigung, die es dem Patienten gestattet, den psychischen Zustand zu ertragen, den die Erinnerung neu geweckt hat.

Wir können von (1.) einer *unpersönlich neurophysiologischen Betrachtungsweise*, (2.) von einer *unpersönlich vergegenständlichend-psychologischen,* schließlich (3.) von einer *persönlich einfühlenden* sprechen. Die Alternative zwischen als «wissenschaftlich» geltendem *Erklären* (1, 2) und einfühlendem *Verstehen* (3) durchzieht bis heute die Geschichte und Entwicklung psychoanalytischer Gedankengänge, wobei es unrichtig wäre zu sagen, die eine Betrachtungsweise sei richtig, die andere falsch.

Im Umgang mit den ersten Patienten wie mit Elisabeth v. R. stand für Freud die persönlich einfühlende Betrachtungsweise ganz im Vordergrund. Das ergibt sich aus seinen Schilderungen unzweideutig. Dabei behandelt Freud seine Patientin, wie ich gerne formuliere, «als ein Seinesgleichen», denn ein Psychotherapeut kann sich selbst ja weder neurophysiologisch noch vergegenständlich-psychologisch betrachten. Heinz Kohut hat die einfühlende Betrachtungsweise als für die Psychoanalyse maßgebend bezeichnet. Aus ihr seien direkt oder indirekt die psychologischen Schlussfolgerungen der Psychoanalyse gezogen worden (Kohut 1959). Die Formulierungen allgemeiner Erkenntnisse über psychologische Vorgänge als wissenschaftliche *Erklärung* sind im Grunde genommen «Übersetzungen» aus dem durch Empathie und Introspektion gewonnenen *Verstehen*, dem ebenfalls durchaus wissenschaftlicher Charakter zukomme. Ich stimme dieser Ansicht zu. Breuer schreibt einleitend zu seinen neurophysiologischen Erklärung hysterischer Symptome: «Psychologische Vorgänge sollen in der Sprache der Psychologie behandelt werden ... Wenn wir statt ‹Vorstellung› ‹Rindenerregung› sagen wollten, so würde der letztere Ausdruck nur dadurch einen Sinn für uns haben, dass wir in der Verkleidung den guten Bekannten erkennen und die ‹Vorstellung› stillschweigend wieder restituieren» (Breuer u. Freud 1895, S.203).

4. Die Entwicklung der psychoanalytischen Neurosenlehre von den ersten Erfahrungen von Freud bis zur «klassischen» Psychoanalyse als Standardverfahren

4.1 Verdrängung und Abwehr

Was die «Abstoßung» einer «mit einem peinlichen Affekt behaftete Vorstellung» anbetrifft, die zu einer «Spaltung der Psyche» führt oder – gleichbedeutend – der Vorgang, mit dem sich «der Patient einem unerträglichen psychischen Zustand entzieht», so wurde nun von «Verdrängung» gesprochen. Gegen die Versuchung, dass die verdrängte Erinnerung wieder auftaucht, besteht eine Abwehr.

4.2 Triebtheorie

Freud hat seine triebbezogene Betrachtungsweise durch immer wieder neue Überlegungen mehrfach revidiert, wobei ihm auch treue Schüler nicht immer gefolgt sind. Ich kann in diesem Überblick nur einzelne Gesichtspunkte herausgreifen.

Unser Leben ist, biologisch betrachtet, durch Triebe motiviert. Diese werden als Bedürfnisse erlebt, deren Befriedigung zu Lustgefühlen führt. Wie kennen auf den Mund und Schlund bezogene Bedürfnisse und Lustgefühle, biologisch durch den lebensnotwendigen Ernährungstrieb bedingt. Für unser Thema besonders wichtig ist die Tatsache, dass diese Bedürfnisse aber auch losgelöst von Nahrungsaufnahme lustvoll sind, wie das Daumenlutschen beim Embryo, Säugling und Kleinkind zeigt, später das Bestreben, Gegenstände in den Mund zu nehmen, schließlich sogar eine «Beißlust». Das gilt auch für Lustgefühle, die mit der Funktion der Defäkationsorgane, von Mastdarm und After verbunden sind, die nicht nur bei der lustvollen Defäkation an sich zur Geltung kommen, sondern auch durch ihre Zurückhaltung. Lustvoll ist nach Freud beim jungen Kleinkind auch der spielerischer Umgang mit dem Kot. Auch das Wasserlassen, vielleicht auch das Zurückhalten des Urins ist mit Lust verbunden. Freud weist auch auf Bedürfnisse und Lustgefühle, die mit der Muskelfunktion verbunden sind («Bemächtigungstrieb»). Die Neugierde auf den Anblick der Nacktheit anderer bezieht Freud auf einen «Schautrieb», die kleinkindliche Lust, sich nackt zu zeigen, auf einen «Zeigetrieb», wobei er annimmt, das sich beides vor allem auf die Geschlechtsorgane beziehe und den Übergang bilde zu den Bedürfnisse und Lustgefühle, die mit der Funktion des Geschlechtsorgane zusammenhängt.

Alle erwähnten Körperlustgefühle bezeichnet Freud als «sexuell» oder «erotisch», wobei er durchaus bewusst den Sexualitätsbegriff der Umgangssprache durch die sogenannten «Partialtriebe» (den oralen, den analen, den Bemächtigungstrieb usw.) erweitert. Diese Erweiterung erfolgt bei ihm aus verschiedenen Motiven: einmal, wie er schreibt, «a potiori» [«vom Stärkeren bestimmt»], dann weil später auch die entwicklungspsychologisch prägenitalen körperlichen Bedürfnisse und Lustgefühle mit den genitalen eine enge Verbindung eingehen, sozusagen «sexualisiert» würden, schließlich weil abartige sexuelle Vorlieben sich als extreme Varianten der verschiedenen Körperlustgefühle verstehen lassen. So bezeichnet er – im Grunde genommen in einer Umkehrung – den «Zeigetrieb» des Kleinkindes als «exhibitionistisch» und die Muskelfunktionslust als «sadistisch».

4.3 Revisionen der Triebtheorie

Freud führte später in einer ersten Revision der Triebtheorie neben den sich auf äußere Objekte gerichteten Trieben noch die «Ich-Triebe» ein, deren Objekt das eigene Ich ist, Verliebtheit in sich selbst als Narzissmus. Die ersten Lebenswochen, in denen nach Freuds Vorstellungen der Säugling noch keine Objekte als von ihm verschiedene Gegebenheiten erkennen kann, umschreibt er als «primären Narzissmus», was eine zweifelhafte Bezeichnung ist, wenn unter Narzissmus Verliebtheit in sich selbst zu verstehen ist. Nach Balint ist bereits das Neugeborene «objektbezogen», nämlich auf die Mutter, also statt «primärer Narzissmus» «primäre Liebe». Die Ich-Triebe werden von Freud den biologischen Selbsterhaltungstrieben gleichgesetzt. Auch in diesem Zusammenhang zeigt sich die mindestens terminologische Fixierung von Freud an den Begriff der Sexualität, spricht er doch von Ich-Libido. Ich will an dieser Stelle nicht näher auf diese sehr komplizierten Vorstellungen von Freud eingehen. Die zweite Revision der Trieblehre mit der Einführung des Todestriebes neben dem Eros habe ich bereits erwähnt.

4.4 «Organisationsstufen der Libido»

Nach den während einer gewissen Altersspanne vorherrschenden Körperlustgefühlen wird in der Psychoanalyse von *Organisationsstufen der Libido* gesprochen: *frühes orales Stadium* mit vorherrschend saugend und lutschend oraler Stimulation und Manipulation (Geburt bis 4., 5. oder 6. Monat); *spätes orales Stadium* mit zusätzlich «zerstörendem» Beißen und Kauen (bis ungefähr Ende 1. Jahr), *anales Stadium* Lust am Zurückhalten der Defäkation, Interesse am Kot, einmal als Geschenk an die Mutter, weil sie offensichtlich Freude hat, wenn es klappt, dann mit Impuls zum Kneten und Schmieren mit Kot (2. bis 3. Jahr); *«sadistisches» Stadium* mit Muskelfunktionslust, Lust an der Zerstörung und Beherrschung von Objekten (ebenfalls 2. bis 3. Jahr); *frühgenitales Stadium* (Freud: «phallisches Stadium») mit lustvoller Manipulation an den Genitalien, Lust am Sich-nackt-Zeigen und daran, andere nackt zu sehen – Freud: «Zeigetrieb» und «Schautrieb» (4. bis 5. Jahr); *Latenzstadium* ohne bestimmtes Organ als «erogene Zone», aber mit Entwicklung der Gefühle von Scham, Ekel, Mitleid, Moral (6. bis 12. Jahr); *genitales Stadum* (von der Pubertät ins Erwachsenenalter). – Von einer «urethralen Erotik», die ins dritte Lebensjahr fallen würde, wird von Freud nur andeutungsweise und unbestimmt gesprochen.

Von den erwähnten in der Kleinkindheit an Körperorgane gebundenen «elementaren» Bedürfnissen und Lustgefühlen leitet Freud rein psychische ab. Lust am Konsumieren ist nach Freud «eigentlich» entstellte Oralerotik; Lust am Sammeln ist «eigentlich» Analerotik; Lust am Kneten und Malen ist «eigentlich» Lust am Schmieren und Kneten mit dem Kot; Lust am Bewältigen und im nochmals übertragenen Sinn Be-greifen ist «eigentlich» Muskelfunktionslust; die Schöpfung künstlerischer Werke ist «eigentlich» Lust am exhibitionistischen Sich-Zeigen, Kunstgenuss ist «eigentlich» voyeuristische Lust am Schauen. Anspielung: Er zahlte einen *Liebhaberpreis* für das Gemälde! Alles, was gemeinhin mit dem Wort «Liebe» bezeichnet wird, ist für Freud libidinös bedingt, nicht nur freundschaftliche oder verwandtschaftliche zwischenmenschliche Zuwendungen – «heterosexuell» oder «homosexuell» –

sondern auch der Eros, von dem Plato oder die Liebe, von welcher der Apostel Paulus spricht. Es gibt Kombinationen: Wer leidenschaftlich Briefmarken sammelt, frönt nach Freud als Sammler einerseits «eigentlich» einer Lust am Zurückhalten der Defäkation, andererseits «eigentlich» der Lust am Voyeurismus.

4.5 Die Rolle der Sozialisation in der psychoanalytischen Neurosenlehre

Erziehung hat unter anderem die Aufgabe, das Kind zu sozialisieren. Sozialisation ist «Führung, Betreuung und Prägung des Menschen durch die Verhaltenserwartungen und Verhaltenskontrollen seiner Beziehungspartner». Ziel ist die «Anpassung des Einzelnen an das Normensystem der Gesellschaft, das dem Individuum mit einem intensiven Anpassungszwang gegenübertritt» (Dietrich u. Walter 1970, S.254). Säugling und Kleinkind müssen z.B. lernen, dass nicht alles in den Mund genommen und geschluckt werden darf, – dass beim Wasserlassen und bei der Defäkation bestimmten Regeln zu beachten sind, – dass Tapeten nicht mit Kot verschmiert werden dürfen, ja, dass Kot zu berühren «Pfui» ist,.– dass der Zweijährige auf Erkundungsmissionen nicht Bücher und andere Gegenstände einfach aus dem Gestell oder vom Tisch reißen und zerstören darf, – dass, mindestens in der Öffentlichkeit, Blöße zu bedecken ist, – dass mit den Geschlechtsorganen nicht gespielt werden soll, usw. usw. Über das «Normensystem der Gesellschaft», an welches das Kind bei der sozialisierenden Erziehung anzupassen ist, besteht weitgehend, aber nicht in allen Einzelheiten Einigkeit bei den Eltern eines Kulturkreises. Die Sozialisierung führt beim Kind immer wieder zu Konflikten zwischen elementaren Bedürfnissen und sozialisierenden Forderungen der Eltern, die moralisiert werden: Dieses Verhalten ist schlimm oder böse, jenes ist brav oder gut.

«Triebpsychologisch» führte Freud neurotische Symptome auf Blockierungen («Versagungen») von triebhaften Impulsen in der frühen Kindheit zurück und zwar von Impulsen, die nach Körperlustgefühlen streben. Verantwortlich für diese Blockierungen sind averbale oder verbale Verbote der Beziehungspersonen. Es gibt Möglichkeiten, elementare Bedürfnisse sozialisiert zu befriedigen, wozu Eltern dem Kind Möglichkeiten anbieten können, z.B. Kneten und Malen statt mit Kot zu schmieren. Gefahr zur Entwicklung einer Neurose besteht bei einem Kind, das bei der Erziehung emotional überfordert wird und die Situation nur bewältigt, indem es das entsprechende Bedürfnis verdrängt. Ob ein Kind emotional überfordert (= traumatisiert) wird, ist einerseits abhängig von seiner vorbestehenden Empfindlichkeit, andererseits davon, wie stark ein Kind genetisch zum untersagten elementaren Bedürfnis veranlagt ist, schließlich ob die Erziehungsmaßnamen mild oder harsch sind, einfühlend oder unverständig.

4.6 Das «Strukturmodell» von den drei Instanzen

Freud veranschaulicht sich die skizzierte Neurosentheorie durch ein Strukturmodell: (1.) Das «Es» ist Ausdruck für alles, was bei der Geburt bereits «mitgebracht», d.h. vererbt und konstitutionell verankert ist, vor allem die triebhaften Bedürfnisse, die fortlaufend befriedigt werden wollen, (2.) das «Über-Ich» repräsentiert die verinnerlichte Eltern, insofern sie die

elementare Äußerung triebhafter sexueller und aggressiver Impulse untersagen; (3.) das «Ich» gilt als «Anpassungsorgan» an die innere (Es, Über-Ich) und an die äußere Realität, sozusagen die vierte Instanz. – Zuerst wurde das «Ich», das die Handlungen steuert, mehr oder weniger als Spielball der anderen «Mächte» betrachtet. Eine von den Schülern von Freud akzeptierte «psychoanalytische Ich-Psychologie» schreibt ihm einen eigenständigen Einfluss in diesem «Mächtespiel» zu (Hartmann 1964), nach heutigen Erkenntnissen bereits beim Säugling. – Das «Strukturmodell» ist ein Gleichnis, wie aus den vergegenständlichenden Bezeichnungen Es, Ich und Über-Ich hervorgeht.

Wenn wir die unbewusste Verliebtheit von Elisabeth v. R. in ihren Schwager aus der Sicht der Triebtheorie betrachten, handelt es sich dabei «eigentlich» um einen sexuellen Es-Impuls, verdrängt und abgewehrt als Folge eines verinnerlichten Über-Ich-Verbotes: Es ist ungehörig, in einen Schwager verliebt zu sein und moralisch ganz schlimm, darauf zu hoffen oder sich zu freuen, dass die Schwester stirbt. Dabei kommt es in diesem Fall als Folge der Verdrängung nach den Vorstellungen von Breuer und Freud zum hysterischen «Abwehrmechanismus der Konversion», nämlich zur «Umwandlung» emotionaler Erregtheit in neurophysiologisch zu betrachtende körperliche Innervationsstörungen.

4.7 Abwehrmechanismen

Eine erfolgreiche Verdrängung und Abwehr z.B. aggressiver Regungen, kann sich in einfachen «Lücken» im Charakter zeigen («einfache Verdrängung») d.h. der Betreffende kennt bei sich keine aggressiven Regungen, auch nicht in der Phantasie. Die Abwehr von Aggressivität kann sich auch in der gegenteiligen Haltung einer übertriebenen Liebenswürdigkeit äußern («Abwehrmechanismus der Reaktionsbildung»). Es ist auch möglich, dass die abgewehrten Regungen statt bei sich an anderen erlebt und moralisch negativ beurteilt werden («Abwehrmechanismus der Projektion»). Eine abgewehrte Aggressivität kann auch in der übermäßigen Strenge zum Ausdruck kommen, mit der sich die oder der Betreffende moralisch selbst kontrolliert («Abwehrmechanismus der Wendung gegen die eigene Person»), oder sie zeigt sich in einer «Verschiebung», z.B. in einer übermäßiger Nahrungszufuhr («Abwehrmechanismus der Verschiebung»). Im Alltag vermiedene Aggressivität kann aber auch in einem kulturpositiven Einsatz äußern, z.B. in einem energischen Einsatz gegen Umweltsünder. Dann wird nicht von einem «Abwehrmechanismus» gesprochen, sondern von einer «Sublimierung».

4.8 Die ödipale Konstellation und der Kastrationsphantasie

Mit der triebpsychologischen Betrachtungsweise hat Freud die Vorstellung verbunden, dass eine Neurose in einer unüberwundenen Ödipuskonstellation, in einem Ödipuskomplex wurzle (Freud 1923a, S.221). Unter einer Ödipuskonstellation ist die Situation des vorerst 3-bis 4-jährigen Kindes zu verstehen, das bereits sexuell erregbar ist und sich zum gegengeschlechtlichen Elternteil hingezogen fühle und den gleichgeschlechtlichen als eifersüchtigen Rivalen, zugleich aber als Vorbild erlebe. Der gegengeschlechtliche Elternteil kann der Hinwendung des Kindes durch besondere Liebkosungen entgegenkommen oder sich ihm ent-

ziehen. Aus dieser komplizierten gruppendynamischen Situation können sich Konflikte ergeben, die das Kind emotional überfordern und verdrängt werden. Freud findet bei seinen Patienten, wie er später feststellt, allerdings auch manchmal einen «umgekehrten Ödipuskomplex»: Solidaritätsgefühle mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil bei rivalisierender Ablehnung des anderen.

Freud bezeichnet die Anerkennung des Oedipuskomplexes als «Kernkomplex der Neurosen», als das entscheidende Merkmal, «welches die Anhänger der Psychoanalyse von ihren Gegnern scheide» (Freud 1905, Ges.W. V, S.127f Anm.). Noch kurz vor seinem Tode sagt Freud: «Ich getraue mich zu sagen, wenn die Psychoanalyse sich keiner andern Leistung rühmen könnte, als der Aufdeckung des verdrängten Oedipuskomplexes, dies allein würde ihr den Anspruch geben, unter die wertvollen Neuerwerbungen der Menschheit eingereiht zu werden» (Freud 1938, Ges.W. XVII, S.119f)

Auch einem Leser, der die Ödipuskonstellation keineswegs als «unerledigtes Geschäft» (Ausdruck aus der ⇗Gestaltpsychologie) jeder Neurose betrachtet oder den eine solche Vorstellung sogar unsinnig anmutet, drängt sich eine solche Beziehung beim Fall Elisabeth v. R. trotzdem auf. Freud dachte damals noch nicht an einen «Ödipuskomplex», aber die Vorgeschichte hatte ergeben, dass die Patientin aufopfernd unter Verzicht auf eigene Liebesbeziehungen ihren herzkranken Vater gepflegt hatte, der sie als seinen besten Freund bezeichnete, und dass damals bereits Situationen aufgetreten waren, die an die jetzige schmerzhafte Beinschwäche erinnerte, so wenn sie auf des Vaters Ruf nachts mit nackten Füssen aus dem Bett auf den kalten Fußboden gesprungen war. Überdies ist die schmerzende Stelle auf einem der Oberschenkel diejenige, auf der jeweils das Bein des Vaters gelegen hatte, wenn sie dieses einbinden musste. Die verdrängte Verliebtheit in den Schwager erscheint wie eine Neuauflage der einstmaligen engen Beziehung zum Vater und das wäre genau das, was Freud später als «Ödipuskomplex» bezeichnete.

In einer engen Beziehung zu Ödipuskonstellation steht der Kastrationsphantasie. Diese ergibt sich aus der Entdeckung der anatomischen Zweigeschlechtlichkeit des Menschen: Das Kleinkind erkläre sich diese durch die Annahme, den weiblichen Spielgenossinnen sei der Penis abgeschnitten worden, sie seien in diesem Sinn «kastriert». Diese Phantasie kann sich auch erst einige Zeit nach der Entdeckung des anatomischen Geschlechtsunterschiedes einstellen. Die Knaben hätten daraufhin Angst, ebenso vielleicht eine «Kastration» über sich ergehen lassen zu müssen, vor allem als Rache des eifersüchtigen Vaters, wobei sie den lustspendenden Penis verlieren würden; die Mädchen hätten Minderwertigkeitsgefühle gegenüber den Knaben, weil sie nicht über ein solches eigenkörperliches und lustspendendes Spielzeug verfügen, was die Psychoanalytiker als «Penisneid» bezeichnen.

Viel später hat Freud realisiert, dass bei den Kleinkindern beiderlei Geschlechts zuerst die Anhänglichkeit an die Mutter dominiert: «präödipales Stadium der Entwicklung». In dieser Zeit sind die prägenitalen Körperlustgefühle aktuell, vor allem die oralen und analen. Eine Neurose könne auch in diesem Stadium wurzeln.

4.9 Die «Archaische Erbschaft»

Freud glaubte bei Träumen Eigenheiten zu erkennen, die ihn an vorgeschichtlicher Vorfahren erinnerte, so z.B. die Bildersprache der Träume, denn es wird angenommen, unsere Vor-Vorfahren hätten bildlich «gedacht». Später fand er auffallend verbreitete Eigenheiten bei der Analyse der Patienten, die er zuerst als Folgen von Kindheitserlebnissen deuten zu können glaubte wie z.B. den Ödipus- und den Kastrationskomplex. Ein ganz neuer Gedanke drängte sich bei ihm auf, nämlich dass diese Eigenheiten nicht auf Kindheitserlebnisse zurückgehen könnten, sondern auf Erfahrungen von Vorfahren vor Hundertentausenden von Jahren. Da habe der Mensch in Horden gelebt, beherrscht von einem Männchen als Hordenvater, dem alle weiblichen Mitglieder als Besitz zugehört hätten, die er eifersüchtig gehütet habe. Vergingen sich «Söhne» an ihnen, seien sie umgebracht, verjagt oder kastriert worden. Schließlich hätten die Söhne sich solidarisiert und den Vater umgebracht. Um nicht um den Besitz der Frauen zu rivalisieren, hätten sie beschlossen, auf Frauen des eigenen Stammes zu verzichten und sich grundsätzlich nur um Frauen anderer Stämme zu kümmern. Über unzählige Generationen geschah immer wieder dasselbe, Schließlich hätten diese Ereignisse zu einer allgemeinmenschlichen Prägung geführt. Freud denkt sich, dass sich nicht nur der Ödipus- und der Kastrationskomplex, sondern auch die immer wieder beobachtbare Wandlung von Rivalität in Solidarität sowie die konventionelle Inzestscheu Folgen dieser Prägung seien. Den jüdischen und christlichen Monotheismus mit der Verehrung von Moses, der ebenfalls ermordet worden sei, und derjenigen von Christus gehe auf Erinnerungsfeiern der Söhne an den ermordeten Vater zurück (Freud 1912/1913; 1937/1939).

Märchen und Mythen seien ebenfalls Entstellungen allgemeinmenschlicher Erfahrungen aus vorgeschichtlichen Zeiten: «Archaische Erbschaft». «Phylogenetische Erinnerung» wäre auch ein guter Begriff für das, was Freud unter «Archaischer Erbschaft» versteht. Freud rechnet also mit der Vererbung von Erfahrungen. Diese Annahme wird nach dem Naturforscher J. B. Lamarck (1744-1829) als *Lamarckismus* bezeichnet. Lamarck erklärte sich damit – an sich durchaus logisch – die Umwandlung der Arten von Lebewesen und die Zweckmäßigkeit ihrer Ausbildung. Heute ist der Lamarckismus durch die Lehre von der Evolution ersetzt und die Möglichkeit der Vererbung von Erfahrungen wird abgelehnt.

4.10 Die Übertragung

Als Autorität wird der Therapeut im allgemeinen wie eine Elternperson erlebt, wird auf ihn das «Elternbild» übertragen». Diese Übertragung aufzulösen ist ein wichtiger Teil der Behandlung neben oder nach der «Aufdeckung» von prägenden Kindheitserlebnissen. Damit soll auch die Abhängigkeit des Analysanden an den Analytiker als Autorität, die über Expertenautorität hinausgeht, abgebaut werden. Zur Rolle der Übertragung und Übertragungsanalyse mit genauerer Begriffsbestimmung siehe spätere Ausführungen zum Thema. Hier nur ein Blick in dieser Hinsicht auf die Beziehung von Elisabeth v. R. zu Freud. In ihm einen Vater zu erleben, war ja sehr naheliegend. Er hat sich auch durchaus «väterlich» um sie bekümmert und ihre strengen Moralvorstellungen zu mildern versucht. Sie ließ ihm ja auch nach der Heilung immer wieder Botschaften zukommen mit der Mitteilung, die wolle ihn wie-

der einmal aufsuchen, wozu es aber nie gekommen ist. Ihre Tochter berichtete später, die Mutter habe ihr von Freud als einem jungen bärtigen Neurologen erzählt, der ihr habe einreden wollen, sie sei in ihren Schwager verliebt. Die Tochter fügt aber in ihrer Darstellung bei, dass die Schilderungen von Freud über die Familiengeschichte ihrer Mutter im Wesentlichen zutreffend seien (Gay 1987, S.88).

5. Die «klassische» Psychoanalyse als Langzeitverfahren

Das erste therapeutische Verfahren, das Freud als «Psychoanalyse» bezeichnete, würde heute «psychoanalytisch orientierte Kurztherapie» genannt. Daraus entwickelte sich, was heute im allgemeinen unter einer «klassischen Psychoanalyse» verstanden wird, nämlich ein zeitlich sich über Jahre erstreckendes Verfahren mit nach strenger Regel fünf Sitzungen pro Woche bis mindestens 300 Sitzungen im Ganzen. Es handelt sich um eine theoretische Idealforderung. Nicht nur von Freud, sondern auch von seinen Schülern und Nachfolgern wurde diese Forderung nicht immer stur eingehalten, so hat Freud immer wieder einmal längere Pausen zwischengeschaltet, sozusagen «in Blöcken» analysiert. Auch die Sitzungsfrequenz betrug und beträgt heute meistens drei bis vier Sitzungen pro Woche.

5.1 Beispiel

(abgekürzt nach Ludwig Eidelberg, 1951, *Das Gesicht hinter der Maske*, S.185-207)

Obgleich die Regeln zu einer «klassischen» psychoanalytischen Behandlung im Schrifttum sehr festgelegt scheinen, wird sie heute in Einzelheiten, besonders was die Interventionen des Therapeuten anbetrifft, tatsächlich recht verschieden gehandhabt. Die Erfahrungen mit Kurztherapie und psychoanalytisch orientierter Psychotherapie, auf die ich später zu sprechen komme, wirkten sich auch auf die «klassische» Langeittherapie aus. Überdies zeigt sich bei dem im Folgenden angeführten Beispiel von Ludwig Eidelberg, Professor der Psychiatrie an der New York State University, dass neurotische Symptome heute nicht mehr so ohne weiteres als durch Abwehr entstellte Befriedigung von an Körperorgane gebundenen Lustgefühlen oder Angst davor verstanden werden, wie seinerzeit von Freud. Die Rolle von Widerstand und Übertragung wird aber klar aus dem Beispiel erkenntlich. Freud: «Jede Forschungsrichtung, welche diese beiden Tatsachen [Widerstand, Übertragung] anerkennt und sie zum Ausgangspunkt ihrer Arbeit nimmt, darf sich Psychoanalyse heißen, auch wenn sie zu anderen Ergebnissen als den meinigen gelangt» (Freud 1914, Ges.W. X, S.54).

Herr Catagna ist ein verheirateter Bauunternehmer mittleren Alters. Er hat ein Kind, einen kleinen Jungen. Er hat das Gefühl, er werde mit seinem Leben nicht mehr richtig fertig, leidet aber auch an einem eigentlichen neurotischen Symptom, das ihn sehr beeinträchtigt: Er kann ohne Begleitung die Straße nicht überqueren. Sobald er den Gehsteig verlässt, überkommt ihn eine entsetzliche Angst, ein Auto könnte ihn überfahren; dies auch wenn die Straße ganz unbelebt ist. Schließlich hat er einen Psychoanalytiker aufgesucht.

Dieser musste prüfen, ob eher eine psychoanalytisch orientierte Psychotherapie, eine konfliktzentrierte Kurztherapie oder Fokaltherapie oder eine klassische Psychoanalyse angebracht wäre. Er hat sich in diesem Fall nach mehreren Vorbesprechungen und möglicher-

weise nach einer Probeanalyse von einigen Wochen zu einer klassischen Psychoanalyse entschlossen.

Der Patient ist schon etwa sechs Monaten in Behandlung. Er geht, nachdem er den Therapeuten begrüßt hat, vorsichtig und gespannt zur Couch und legt sich hin. Der Therapeut sitzt hinter ihm. Der Patient schweigt. Er lockert seine Krawatte und öffnet den obersten Hemdenknopf.

Therapeut: Was fällt Ihnen ein? – Patient: Nichts! – Therapeut: Irgend etwas geht einem immer durch den Kopf: Bilder, Gedanken oder so. – Patient: Ich habe keine Gedanken! – – – – – – Ich habe Ihnen schon alles, was ich weiß, gesagt. Soll ich es wiederholen? – – – – – – – Wenn mir nur ein einziger Einfall käme! – – Mein Kopf ist leer wie ein unbeschriebenes Blatt! – Therapeut: Manchmal mag der Patient nicht reden, weil er sich fürchtet zu sagen, was er denkt. – Patient: Warum soll er sich fürchten? – – – Ich verstehe: Er könnte befürchten, dass Sie böse werden, wenn er etwas gegen Sie sagt! – – – – – – – (leise:) Ich sehe nicht ein, wie Sie mich vor der Angst, die ich beim Überschreiten einer Straße empfinde – die mich abhält, eine Straße zu überschreiten – heilen können, wenn ich das, was ich über Sie denke, ausspreche! – – – – – – Meinen Sie, dass ich etwas an Ihnen auszusetzen habe? – Therapeut: Ja. – Patient: Aber ich bin nicht der Meinung, dass meine Neurose etwas damit zu tun hat. Sie werden sich beleidigt fühlen, wenn ich es sage und mich hinausschmeißen. – – – – – Was ich jetzt sage – Es geht gegen meine innere Überzeugung, Ihnen das zu sagen. – – – – – Nun gut: Wenn Sie darauf bestehen! – – – – Denken Sie daran: Ich sage es nur, weil Sie darauf bestehen! – – – Ich habe das Gefühl – – Ich habe das Gefühl – – – Es sind mir Zweifel gekommen, ob Sie der richtige Therapeut für mich sind. – – – – Weil Sie zu sehr darauf bedacht sind, einen guten Eindruck zu machen. – – – Nach meiner Ansicht sollte ein guter Therapeut nicht soviel Wert darauf legen, bei seinen Patienten Anerkennung und Bewunderung zu ernten! – – – – – Als ich in Ihrer Bibliothek wartete, sah ich eine ganze Menge Bücher über Napoleon. – – Sie waren so aufgestellt, dass sie jeder Patient sehen und darauf schließen musste, Sie seien dabei, ein Buch über Napoleon zu schreiben. – – – Ich habe die Bücher gezählt: Vierundzwanzig! – – Es stimmt zwar: Ich habe keine Beweise, dass Sie ein Buch über Napoleon schreiben. – – Vielleicht haben Sie die Bücher gar nicht gelesen und tun nur so! – – – – – – Wenn Sie anderen von meinen Verdächtigungen erzählen, wird man meine Behauptung lächerlich finden und mi ch für dumm halten. – Therapeut: Wir wollen zusammen herausfinden, was dahinter steckt! – Was ist mit Napoleon? – Patient (mit einem Seufzer): Ich habe – nun, ich habe mich sehr für ihn interessiert, noch als Junge. Ich mochte ihn gern und verschlang, kaum hatte ich lesen gelernt, jedes Buch über ihn, das ich bekommen konnte. Ja – – jetzt erinnere ich mich an etwas, an das ich nie mehr dachte. Zum ersten Mal fällt es mir wieder ein. – Mein Vater schenkte mir zu meinem neunten Geburtstag ein Buch über Napoleon. Er sagte, er habe es gerade in einem Zug durchgelesen. Es habe ihm viel Freude gemacht. – Nachher merkte ich, dass die Seiten überhaupt nicht aufgeschnitten waren. Damals wurde mir bewusst, worauf ich schon längst hätte kommen sollen, dass mein Vater ein Lügner und Angeber war. – – – Als mir klar wurde, dass er gelogen hatte. fiel mir ein, dass er auch bei anderen Gelegenheiten versucht hatte zu lügen und zu betrügen. Alle

Liebe und Bewunderung, die ich für ihn empfand, verschwand und wandelte sich in Abscheu und Hass. – – – – – – – – – – Meine Spannung hat aufgehört. Ich habe keine Angst mehr vor Ihnen. Ich habe auch keine Wut mehr auf Sie. Hängt das zusammen? – Mit der Wut verschwand auch die Angst. – Therapeut: Vielleicht hatten Sie befürchtet, ich könnte Sie die Wut, die Sie auf mich hatten, entgelten lassen. – Patient: Es wird mir klar, dass es dumm von mir war. Sie könnten – Sie würden mich das nicht entgelten lassen. Sie sind ruhig und an mir interessiert. Ich denke nicht mehr, Sie könnten Gleiches mit Gleichem vergelten. – – – – – Aber, was nützt das alles? Ich fürchte mich noch immer, über die Straße zu gehen! – Therapeut: Sie wissen jetzt, dass Ihre Feindseligkeit gegen mich eine solche gegenüber Ihrem Vater war. – Patient: Der Grund für meine Beschuldigungen gegen Sie war sozusagen eine Erinnerung an meinen Vater – – –, während ich glaubte, sie hange mit den Büchern in Ihrem Büchergestell zusammen – –. – Nun ja, irgendwie waren es ja auch Ihre Bücher, die in mir die Erinnerung an meinen Vater weckten. – – – – – Aber warum fürchte ich mich, über die Straße zu gehen? Ich brauche nur daran zu denken, da werde ich sogar hier im Sprechzimmer von lähmender Angst gepackt. – – – Ich weiß, die Wahrscheinlichkeit, überfahren zu werden, ist sehr gering. – – – Wenn man aufpasst. – – – Ich weiß auch, dass ich Motorrad fahren und über die Straße gehen kann, wenn mein kleiner Junge dabei ist. – – Meine Angst ist also unsinnig. – – Und trotzdem ist sie da. – Therapeut: Sie haben Angst. Ich glaube Ihnen, dass Sie Angst haben. Aber hinter dieser Angst verbirgt sich etwas. – Patient: Ähnlich wie hinter den Büchern über Napoleon? – – Therapeut: Ja. – Patient: Wenn ich also die eigentliche Ursache finden will, muss ich zugeben, dass alle Begründungen, die ich immer wieder angebe, falsch sind. – – – Die Angst, die ich vor Ihnen hatte, war in Wahrheit Angst vor meinem Vater – er könnte wütend auf mich werden, weil ich fand, er sei ein Lügner, ein Angeber. – – – – Es fällt mir ein, wie ich immer Polizist spielte und wie die anderen Jungen aus der Nachbarschaft neidisch auf mich waren, weil ich eine richtige Polizistenmütze und eine Polizistenpfeife hatte. Beides gehörte meinem Vater und ich war stolz auf ihn. Ich hatte meine Mutter so lange gequält, bis sie mit mir in das Quartier ging, wo mein Vater Dienst tat. Als ich ihn dort sah, war ich riesig stolz auf ihn. Für mich war er das Oberhaupt der Stadt. Ich liebte ihn dabei ganz besonders. – Und als er wegen Betrügereien von der Polizei entlassen wurde, litt ich sehr – empfand es beinahe mehr als er selbst. Etwas brach in mir zusammen. Er musste seine Uniform ausziehen und sich sein Brot später dann mit dem Verkauf von Büchern verdienen, die er an den Haustüren anbot. – – – – Warum müssen Sie auch so viele Bücher haben? Warum haben Sie sie denn gekauft? Sie können Sie sie doch auch aus einer Leihbibliothek holen und sich das Geld sparen. Vielleicht haben Sie die Bücher nur einfach angeschafft und lesen sie überhaupt nicht. Sie stellen sie nur sichtbar auf. Vielleicht haben Sie auch ein Unbewusstes und in diesem Unbewussten auch den Wunsch zu betrügen und anzugeben! – Therapeut: Sie sagen «auch»? – Patient: Meinen Sie, dass ich weniger leide, wenn Sie herausfinden, dass ich ein Angeber sein möchte wie mein Vater einer war und ständig in übertriebener Weise in meinem Beruf alles unternehme, um nur nicht eines Betruges verdächtigt zu werden? Statt mich zu trösten, greifen Sie mich an! – – Ich verbitte mir Vorwürfe für das, was mein Vater getan hat. Es ist nicht meine Schuld, dass ich ihn bewun-

dert und zu meinem Vorbild erhoben habe! – – – Eher möchte ich mich von einem Chirurgen in Stücke schneiden als von Ihnen analysieren lassen! Das ist eine Quälerei! – – –Können Sie mich nicht hypnotisieren? Oder irgend ein Medikament geben? – Sie haben es bereits abgelehnt; das haben wir schon bei der ersten oder zweiten Besprechung abgeklärt. Es gibt Ihrer Ansicht nach keine Abkürzung, die schneller zum Sieg führt. – Sieg – – Siegfried – – so heißt mein Vater. – – Ich scheine nicht von ihm loszukommen. Sogar im Traum nicht. – Einen seltsamen Traum träumte ich vergangene Nacht. – – Sie waren in einem Zirkus in einer Arena, so etwas wie ein Löwenbändiger, aber Sie trugen die Uniform eines Polizisten und sahen wie mein Vater aus. Ich sah die verschiedensten Tierarten: Löwen, Tiger, Elefanten. Wenn Sie den Arm hoben, trabten alle um Sie herum. Sie blieben in der Mitte stehen und bliesen auf Ihrer Pfeife. Plötzlich war ich selbst eines dieser Tiere, eine Art Katze. Manchmal erlebte ich mich als eine starke, angriffige Raubkatze und vermutete, dass Sie oder mein Vater Angst hätten, ich würde Sie anspringen, dann war ich wieder eine gewöhnliche Hauskatze und unglücklich, weil ich dazu verurteilt schien, wehrlos immer um Sie herum zu marschieren. – Dann klingelte der Wecker und ich wachte auf. Ich war voller Schrecken, aber nach und nach wurde es mir klar, dass es nur ein Traum gewesen war. Eigentlich nicht «nur». Sie haben mir ja einmal erklärt, dass sich im Traum ein unbewusstes Verlangen, ein Wunsch wiederspiegeln kann. Was wäre denn das hier für ein Wunsch? – – – Therapeut: Katze? Was fällt Ihnen dazu ein? – Patient: Mein Sohn wünscht sich eine Katze als Haustier, wogegen ich verschiedenes einzuwenden habe, u.a. auch dass mir Katzen irgendwie unheimlich sind. – – – Aber nun drängt sich mir wieder ein Gedanke an meinen Vater auf. Er will mir nicht aus dem Sinn. Wie ich ihn hasse! Immer habe ich ihn gehasst! Ich hoffte, dass er verschwinden, dass er sterben würde! Aber meine Wünsche waren wirkungslos. Er blieb gesund, vergnügt, unverschämt. Stillschweigend musste ich dabei sitzen und zuhören, wie er unaufhörlich über sich selber redete. Ich musste dabei sitzen und einsehen, wie wenig Macht ich hatte, wie beschämend schwach ich war. Ein jammervolles Leben für mich. Diese Welt voller Enttäuschungen! – Da kommt mir eine Erinnerung – merkwürdig, dass ich nie mehr daran gedacht habe – dass einmal der Wunsch in mir hochkam, mich selber umzubringen. Über meinen Vater hatte ich keine Gewalt, aber über mich selber. Jedenfalls glaubte ich es damals. Ich erinnere mich, dass ich einmal tatsächlich den Entschluss fasste, mich umzubringen. Ich war wohl ungefähr sechs Jahre alt. Ich wusste, wie man kleine Katzen ersäuft und beschloss, es mit mir genau so zu machen wie mit den kleinen Kätzchen, die keiner liebt und keiner haben will. – – Vielleicht würde ich meinen Eltern fehlen, wenn ich tot war. Vielleicht würde es ihnen dann leid tun, dass sie mich so schlecht behandelten. Das geschähe ihnen gerade recht. Da werden sie jammern und weinen! Aber ihre Tränen werden mich nicht zurückbringen! – – Ich gehe in einer trostlosen Stimmung, dem Weinen nahe aus dem Haus. Ich will über die Straße, um in den Fluss zu laufen. Plötzlich höre ich ein schreckliches Geschrei – sehe irgend ein Tier – eine Katze. Sie funkelt mich mit schrecklichen Augen an und will auf mich losspringen. Ich habe furchtbar Angst. Ich beginne zu weinen und – ich lief nach Hause. – So endete der Versuch, mich vor mir selbst zu befreien: Ich erschrak vor einer Katze und musste wieder nach Hause gehen. – So ein Feigling! – Hat Angst zu ster... hat

Angst vor Katzen! – – – Ich fürchte mich noch immer vor Katzen. – Therapeut: Als Sie den Entschluss fassten zu sterben, mussten Sie eine Straße überqueren, um an den Fluss zu gelangen. Es gelang Ihnen – so habe ich es verstanden – nicht, die Straße zu überqueren und Sie konnten Ihren Entschluss nicht ausführen. – Patient: So war es! – – – Nanu: Sollte meine heutige Angst, Straßen zu überschreiten damit zu tun haben. Aber warum sollte diese Furcht erst so spät in meinem Leben aufgetreten sein? Sie glauben doch nicht, dass mein Wunsch zu sterben mit meiner Platzangst zusammenhängt? – Therapeut: Möglicherweise doch: der Wunsch zu sterben und zugleich der Wunsch, doch nicht zu sterben – und damit verbunden der Wunsch, Ihren Vater umzubringen. – – – – – – Patient: Mein Vater wird auch ohne mein Dazutun sterben. Er ist ein alter Mann. Also! – Therapeut: Er ist heute ein alter Mann! – Patient: Ich verstehe: ich bin irgendwie der kleine Junge geblieben, der den Vater bewunderte, dann von ihm enttäuscht wurde. Das ist es! – – Der Vater, den ich hasse, ist der Vater aus der Vergangenheit. Das Bild von ihm, das ich so lange mit mir herumgetragen habe. – – – Wissen Sie: Ich habe nie früher auf diese Art darüber nachgedacht. Ich habe das immer – ich habe das immer nur ganz verschwommen gewusst. – – Ich bin irgendwo ein Kind geblieben, ein Kind, das abhängig ist von seinem Vater. Ein Kind, das seinen Vater umbringen will. Es will ihn umbringen, weil er es enttäuscht hat. Zugleich möchte es auch ihm gleich sein. – – – Dieses Kind war ich im Verborgenen – mir nicht bewusst. Dem sagt man wohl unbewusst. Daneben – ja, sozusagen daneben – bin ich erwachsen geworden, ein Mann mit einer eigenen Familie, mit einer Stellung, die ich mir aufgebaut habe. – Dahinter oder darunter bin ich ein Kind geblieben. Das Kind, das ich damals war. – Aber ich bin doch kein Kind mehr. Ich brauche meinen Vater nicht umzubringen, da ich nicht verpflichtet bin, ihm gleich zu werden. Der Mensch, der mich enttäuscht und betrogen hat, ist nicht mehr da oder hat doch keine Bedeutung mehr für mich. Ich brauche ihn nicht mehr zu hassen und ich brauche ihn deshalb auch nicht mehr zu fürchten. Es besteht für mich kein Grund mehr, das Haus zu verlassen, um seinem Einfluss zu entrinnen und über die Straße in den Fluss zu gelangen. – – Ich kann da bleiben, wo ich bin oder jeden Spaziergang machen, zu dem ich Lust habe. – – Ich bin frei! Ich brauche nicht zu sterben. Ich brauche meinen Vater nicht nachzuahmen, denn er ist nicht das, für was ich ihn hielt: der größte, stärkste, klügste Mann der Welt – – mein Vorbild – das, was ich zuerst werden wollte und nach der Enttäuschung Angst hatte zu werden: ein Betrüger, ein Dieb, ein Angeber. – – – Wie befreit fühle ich mich –. frei von der Vergangenheit! Eine Last ist von mir genommen! – – – – – – Vielleicht bin ich noch nicht ganz so weit. Vielleicht müssen noch einige Einzelheiten ausgegraben werden. Vielleicht müssen wir noch einiges aufarbeiten. – Aber ich kann mir jetzt wenigstens vorstellen, wieder über eine Straße zu gehen, ohne dass mir gleich der Angstschweiß ausbricht. – – Aber irgendwie fühle ich mich doch frei wie noch nie in meinem Leben! – Therapeut: Auf alle Fälle sind Sie jetzt einmal frei von mir. Die Zeit ist um; die heutige Sitzung ist zu Ende!

5.2 Ausführungen zur «klassischen» Psychoanalyse

Es stellt sich die Frage, wieso aus den ersten, durchaus positiven Erfahrungen von Freud mit einem psychotherapeutischen Verfahren, das nur einige Wochen dauerte, eine «Lang-

zeitanalyse» als Norm entstanden ist. Es hängt dies damit zusammen, dass andere Patienten nicht so «einfach» zu behandeln waren wie die hysterischen Symptome bei Elisabeth v. R. und anderen. Wenn gewohnheitliche Erlebens- und Verhaltensweisen weitgehend aus früheren Schlüsselerlebnisse entstanden sind, kann natürlich nach immer früheren Schlüsselerlebnissen gesucht und diese bewusst gemacht werden (Freud: «Aufhebung der Kindheitsamnesie»). Es wurde als unerlaubt gesehen, dass der Analytiker durch seine Lebenserfahrung und Intuitionen den Analysanden suggestiv beeinflusst, obgleich das natürlich auch durch die «erlaubten» Deutungen geschieht. Es sollte Zeit gelassen werden, dass die regressive Übertragung «aufläuft», bis eine Übertragungsanalyse einsetzen kann (siehe dazu weiter unten).

Die Erkenntnis, dass Symptome überdeterminiert sind, d.h. auf ganz verschiedenen unbewussten Erlebnissen, Gedanken, Phantasien beruhen können, machte eine «gründliche» Analyse komplizierter. «Übertragungsheilung», d.h. Heilung dem Analytiker zuliebe, sollte vermieden werden, ebenso «Flucht in die Heilung», d.h. Verschwinden der Symptome ohne Umstrukturierung der Persönlichkeit. Alles in Allem: Perfektionismus.

Im Folgenden die bei einer «Langzeitanalyse» befolgten Grundsätze zur Behandlung:

5.2.1 Grundregel

Der Analysand soll zur Entspannung liegen, ohne den Analytiker zu sehen. Für diese Situation steht der berühmt Ausdruck «Couch». Diese hat Freud aus seinen voranalytischen Hypnosetherapien übernommen. Sie habe sich ihm, wie er sagt, auch bei einer analytischen Behandlung bewährt. Weiter gehört zum psychoanalytischen Behandlungsverfahren im engeren Sinn die Forderung an den Patienten, ungehemmt alles zu sagen, was ihm durch Kopf und Herz geht.

Die sogenannten «freien Einfälle» folgen sich nach Menninger u. Holzman (1958/^{2}1973) meistens in einer bestimmten Reihenfolge: Sie beziehen sich auf die Alltagssituation: «Ich war, wie schon oft, nicht aufrichtig gegenüber meiner Frau. Als ich gestern Abend verspätet nach Hause kam, weil ich getrödelt hatte, behauptete ich, ich hätte, ohne es voraussehen zu können, eine Besprechung mit meinem Chef gehabt!»; dann kommt ein Hinweis auf die analytische Situation: «Auch ihnen gegenüber bin ich manchmal nicht aufrichtig und behaupte, ich hätte keinen Einfall, wenn ich mich nicht zu einem solchen bekennen will!»; schließlich bezieht sich der nächste Einfall auf die frühe Kindheit: «Meine Mutter habe ich als Kleinkind auch oft hintergangen und nachher immer ein schlechtes Gewissen!». – Darauf beginnt der Kreislauf von neuem. Das Ausbleiben von Einfällen, eine umgekehrte Reihenfolge, aber auch das Haften auf einer dieser drei Situationen soll nach Menninger u. Holzman einen Widerstand (s.u.) signalisieren.

5.2.2 Deutungen als wichtigste Interventionen

Unter den Interventionen des Analytikers überwiegen die Deutungen. Gedeutet werden z.B. Einfälle, die dem Patienten nur gegen Widerstand in den Sinn kommen oder nur sehr ungern offenbart werden; gedeutet werden neurotische Symptome, wie bei dem Patienten, der an einer Phobie leidet, eine Straße zu überqueren; auch andere «Sonderbarkeiten» im

Erleben oder Verhalten eines Patienten, die keinen Krankheitswert haben, können gedeutet werden. Deutungen, die auf unbewusste und abgewehrte Kindheitserlebnisse und verdrängte triebhafte Impulse hinweisen, sind «Inhaltsdeutungen». Andere Deutungen weisen auf die Bedeutung, die der Analytiker auf den Analysanden hat. Es wären diese «Übertragungsdeutungen». «Widerstandsdeutungen» weisen auf einen Widerstand gegen die Analyse als solche, so z.B. die Deutung, weswegen der Analysand fünf Minuten zu spät zur Sitzung erschienen ist. Was wurde in der Sitzung zuvor behandelt? Eine strenge Trennung der verschiedenen Arten von Deutungen ist nicht möglich. Beispiele finden sich ebenfalls in dem Beispiel zu einer Langzeitanalyse von Eidelberg (4.1).

Die Deutung oder Auslegung von Träumen spielen in der Psychoanalyse eine wichtige Rolle. Es geht um die «Wunscherfüllungstheorie» des Traumes. Ich will aber nur ganz vereinfacht darauf eingehen. Ein Beispiel: Ein Kind musste wegen einer Magen-Darm-Verstimmung fasten. In der Nacht darauf träumt es, es esse ein Kuchenstück. Freud legt diesen Traum dahin aus, dass das Kind, statt vom Hunger geweckt zu werden, im Traum sein Gelüste sozusagen halluzinatorisch befriedigte. Nicht so gut durchschaubare, sondern andere Träume, erfüllen ebenfalls Wünsche, aber verdrängte und abgewehrte. Weiteres Beispiel: Eine Frau stößt sich im Traum den Kopf an einem Lüster blutig. Dieser Traum ging nach Freud bei der Analysandin auf den verdrängten und abgewehrten Wunsch nach Geschlechtsverkehr zurück, der aber nur ganz entstellt erinnert wird. Der Lüster kann als Beleuchtungsgerät herabgezogen oder hinaufgestoßen werden. Das ist nach Freud eine «naheliegende» symbolische Entstellung für den Gedanken an einen Penis, der bei der Erektion auch einer Verlängerung fähig ist. Dass der Kopf an ihm blutig gestoßen wird, ist eine Entstellung, die bei der Träumerin auf eine Vorstellung aus der frühen Kindheit zurückgeht, dass die Menstruationsblutung Folge von Geschlechtsverkehr sei. Drittes Beispiel: Der Traum eines Juden lautet, sein frommer Onkel rauche am Sabbat eine Zigarette und werde von einer Frau wie ein Kind liebkost. Die «Deutung» von Freud: «Wenn mein Onkel, der heilige Mann, am Samstag eine Zigarette rauchen würde, dann dürfte ich mich auch von meiner Mutter liebkosen lassen» (Freud 1916/1917, Ges.W.Bd.XI, S.189).

Nach einer treffenden Umschreibung von Flavio Bomio (1972), auf die ich hier nachdrücklich hinweisen möchte, wird durch eine Deutung «eine physische oder psychische Gegebenheit zu einem begrifflichen Modell in Beziehung gesetzt, das dieser ihren Platz und ihre Bedeutung zuweist». Zuerst besteht also ein «begriffliche Modell», dann erst ist eine Deutung möglich. Psychotherapeuten, die sich mit der von ihnen vertretenen Betrachtungsweise völlig identifizieren, missverstehen eine «Deutung» mit einer «Aufdeckung» von Realität, so etwa wie ich eine Gartenplatte aufhebe, um darunter Ameisen zu entdecken. Bei einer Deutung gilt aber, was Nietzsche gesagt haben soll: «Es gibt keine Wahrheit; es gibt nur Interpretation» (nach Yalom 2002, S.189).

Daneben wird der Analytiker aber auch Fragen stellen, bestimmte Aussagen des Patienten hervorheben und konfrontieren, gegebenenfalls auch den Patienten ausdrücklich ermutigen. Nach Heigl u. Triebel (1977) ist es z.B. durchaus mit dem Gang einer Psychoanalyse

vereinbar, den Patienten immer wieder durch Hinweis auf kleine Fortschritte zu ermuntern («Bestätigungstechnik»).

5.2.3 Abstinenzregel

Der Analytiker bleibt anonym, «neutral», d.h. unvoreingenommen hinsichtlich religiöser und moralischer Wertmaßstäbe. Er soll auch bei einer Psychoanalyse den Bedürfnissen des Patienten nicht entgegenkommen, so vor allem durch sein Verhalten keine väterliche, keine mütterliche und keine partnerschaftliche Rolle übernehmen. Ich habe Zusammenkünften unter Psychoanalytikern beigewohnt, bei denen diskutiert wurde, ob einem Patienten bei der Begrüßung die Hand gegeben oder ihm bei trockenem Mund ein Glas Wasser angeboten werden darf. Von Freud wurde aus didaktischen Gründen eine strenge Abstinenzregel aufgestellt. So wie sie heute in der Praxis eingehalten wird, gilt allerdings eine wohlwollende Zuwendung nicht als Bruch der Abstinenzregel. Der Therapeut darf aber keinesfalls *unkontrolliert* von sich selbst sprechen und nicht *unkontrolliert* Bedürfnissen des Patienten entgegenkommen. «Kontrolliert» heißt: keineswegs aus eigenem Bedürfnis, sondern im Sinn der Analyse die Heilung des Patienten fördernd. Von Patienten bei Freud wissen wir, dass auch er die Abstinenzregel nicht immer so streng eingehalten hat, wie in seinen Veröffentlichungen verlangt. Er hat sogar manchmal auf freundschaftliche Beziehungen zu Analysanden nicht verzichtet!

5.2.4 Regression und Übertragung

Grundregel und Abstinenzregel führen nach den Erfahrungen der Psychoanalytiker dazu, dass die Patienten in der «analytischen Situation» sich in die Kindheit zurückversetzt erleben («Regression») und den Analytiker wie eine bedeutsame Person oder auch nacheinander wie verschiedene Personen aus der frühen Kindheit erleben und entsprechend auf ihn reagieren («Übertragung»). Daraus ergibt sich eine regressiv-emotionale Abhängigkeit des Analysanden vom Analytiker – mindestens in der analytischen Situation – , die, wenn sich letzterer an die Abstinenzregel hält, allerdings nur in der Phantasie des Patienten abspielt. Damit werden Konflikte zwischen seinerzeitgem Entgegenkommen oder Forderungen dieser Beziehungspersonen und triebtheoretisch aufzufassenden Wünschen und Ängsten des Kleinkindes auf die analytische Situation «übertragen», sozusagen vergegenwärtigt. Um den Patienten zur Autonomie und Selbstverantwortung zu führen, muss diese Übertragung aufgelöst werden («Übertragungsanalyse»). Die Übertragungsanalyse ist für «klassisch» behandelnde Psychoanalytiker ein ganz wichtiges, entscheidendes Stadium der Analyse.

In einem weiteren Sinn wird manchmal ganz allgemein die Bedeutung, die der Analytiker für den Analysanden hat, als «Übertragung» bezeichnet, auch insofern sie realitätsgerecht ist.

5.2.5. Beachtung der Gegenübertragung

Unter «Gegenübertragung» im eigentlichen Sinn wird ein möglicher Einfluss der Übertragung des Analysanden auf die Einstellung des Analytikers auf den Analysanden verstanden. Nehmen wir an, ein Patient verhalte sich in seinem körperlichen und psychischen Benehmen nicht nur auf der Couch, sondern auch bei der Begrüßung und Verabschiedung habituell

kindlich, kann dies beim Analytiker einen «Beschützerinstinkt» wecken. Wird dies dem Analytiker bewusst, wird er gerade dadurch auf die Übertragung des Patienten aufmerksam. Manchmal zeigt der Analysand ein solches Verhalten auch gegenüber anderen Leuten in seiner Umgebung, was ein Licht auf die Gestaltungen der Beziehungen des Patienten im Alltag werfen kann. Eine solche im eigentlichen Sinn *Gegen*-Übertragung ist – wenn erkannt!! – ein wichtiges «Werkzeug» des Analytikers.

Manchmal wird unter «Gegenübertragung» auch eine Übertragung des Therapeuten auf den Patienten verstanden, die keine Reaktion auf die Übertragung des Analysanden ist, sondern durch unbewusste Gegebenheiten beim Analytiker bedingt ist wie die Übertragung des Analysanden auf ihn. Wird eine solche vom Therapeuten durch Selbstanalyse oder Supervision nicht erkannt, kommt es zu unübersichtlichen Verhältnissen in der Beziehung zum Analysanden.

5.2.5 Durcharbeit

Die Interventionen des Analytikers sind bei einer klassischen Psychoanalyse spärlich und bestehen, wie bereits erwähnt, in erster Linie in Deutungen, dann aber auch in Konfrontationen und Klärungen. Es fällt den Analysanden schwer, gewohntes Erleben und Verhalten zu ändern, macht ihnen im Allgemeinen sogar Angst. Entsprechend hat der Psychoanalytiker beim Patienten und der Patient bei sich bei der Deutung Widerstände zu überwinden. Die Assimilierung gewonnener Einsichten, die sich auf die Verhaltensweise im Alltag auswirken wird, ist das, was Freud als «Durcharbeit» bezeichnet, einerseits ein Geschehen im Patienten, andererseits eine entsprechende Förderung durch den Therapeuten.

5.2.6 Das Behandlungsbündnis oder Arbeitsbündnis

Eine Voraussetzung zu einer regelrechten oder eigentlichen Psychoanalyse besteht darin, dass die Analysanden grundsätzlich fähig sind, sich selbst und was in ihnen vorgeht, mindestens zeitweise, gleichsam an der Seite des Analytikers «objektiv» zu betrachten .

Dazu von mir aus: Eine erfolgversprechende «klassische» Psychoanalyse kann also nur durchgeführt werden bei Fähigkeit des Analysanden zur Introspektion, ohne die auch die Grundregel gar nicht einzuhalten ist, und bei Fähigkeit sich gleichsam auch von außen zu betrachten, was die Bereitschaft voraussetzt, sein Selbstbild in Frage zu stellen. Diese Bedingungen schränken die Wahl zur Psychoanalyse geeigneter Personen bedeuend ein. Allerdings können durch eine «Vorbehandlung» diese Fähigkeiten manchmal erworben werden; eine solche ist auch nach der Erfahrungen von Psychoanalytikern z.B. bei der Behandlung von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen üblicherweise notwendig.

6. Die psychoanalytische Kurztherapie, die Fokaltherapie oder die psychoanalytisch orientierter Psychotherapie

Im Vergleich zur «klassischen» Psychoanalyse werden Behandlungen, die nur Tage oder Wochen oder einige Monate dauern, als *Kurztherapie* bezeichnet. Dazu gehört, dass zu Beginn beim Patienten ein Konflikt psychoanalytisch definiert werden kann, auf den sich die Behandlungd ann konzentriert, weswegen auch von einer *Fokaltherapie* gesprochen wird.

Manchmal wird als «Fokaltherapie» nur schon die Tatsache verstanden, dass als Ziel der Behandlung die Behebung von neurotischen Symptomen angesetzt wird.

Eine psychoanalytische Kurztherapie oder Fokaltherapie wird auch als *psychoanalytisch orientierter Psychotherapie* aufgefasst , womit nicht die Dauer, sondern das zum klassischen unterschiedliche Verfahren gekennzeichnet wird. Auch eine psychoanalytisch orientierte Psychotherapie kann aber nach meiner Erfahrung einmal recht lange dauern, immer dann aber mit viel weniger Sitzungen als eine klassische Psychoanalyse, oft zuerst häufigen, dann immer selteneren Sitzungen, damit der Patient dazwischen neue Verhaltensweisen im Alltag erproben und der Therapeut ihm bei der Entwicklung einer «neuen Spontaneität» beistehen kann, wozu die Bezeichnung «niederfrequente Langzeittherapie» passt. Hoffmann selbst, der diesen Begriff geprägt hat, versteht darunter eine Therapie, die mit durchgehend wöchentlich einer Sitzung zwei bis fünf Jahren dauert (Hoffmann 1983b).

6.1 Beispiele

Die Behandlung von Elisabeth v. R., die ich zum Ausgangspunkt meiner Betrachtungen zur Psychoanalyse machte, ist, was nicht nur die Dauer, sondern auch die Verfahrensweise anbetrifft eine sogenannte Kurztherapie, wenn auch die Prozedur, mit welcher Freud die Patientin suggestiv sich erinnern lässt, heute nicht mehr üblich ist.

6.1.1 Erstes Beispiel

(gekürzt und frei nach Franz Alexander u. Thomas M. French, 1946, p.146-152 – Alexander und French waren anerkannte Psychoanalytiker stießen aber mit ihrer Erfahrung, dass eine psychoanalytisch orientierte Psychotherapie schon in kürzerer Zeit zu ebenso guten Erfolge führen könne wie eine langzeitige Psychoanalyse auf Protest bei ihren Zunftgenossen. Ihre Erfahrung wäre eher akzeptiert worden, wenn sie ausdrücklich Kurztherapien mit gewissen Indikationen *neben* Langzeittherapien hätten gelten lassen.)

Es handelt sich um einen 51-jährigen Wissenschafter, der berichtet, dass er seit drei Jahren alle seine Zeit und Kräfte für die Lösung mathematischer Probleme aufgewandt habe. Die letzten sechs Wochen hatte er sich auf ein bestimmtes schwieriges Problem konzentriert, Tag und Nacht mit nur drei Stunden Schlaf gearbeitet und sich mit nichts anderem beschäftigt. Das Ergebnis seiner Forschungen soll er in einigen Wochen an einer nationalen Konferenz vorstellen. Er kommt in Behandlung wegen einer ernsthaften Depression, die einherging mit einem Widerwillen gegen seine Arbeit und Angst vor der angesagten Konferenz. Er ist in einem erregten Zustand, weint und klagt, kommt sich völlig erschöpft vor, leidet an Schlaflosigkeit und kann zu niemandem sprechen, ohne dass Tränen fließen. Er hat während der letzten drei Jahre schon einmal zwei ähnliche Zusammenbrüche gehabt, aber jetzt ist es der schlimmste von allen. Er will nichts mehr mit seiner Arbeit zu tun haben, kann sich nicht vorstellen, an der kommenden Konferenz teilzunehmen und habe seine Mitarbeiter gebeten, ihn dort zu vertreten, aber ohne seinen Namen überhaupt zu erwähnen.

Der Patient betont im Gespräch mit dem Therapeuten, dass er nicht arbeite, um Ruhm zu erlangen, sondern selbstlos «zum Wohl der Menschheit». Das in Frage stehende Problem

hätten vor ihm viele zu lösen versucht, ohne dass es einem gelungen wäre, während er den Weg zur Lösung als einziger gefunden habe. Würde er sich jetzt aus der Arbeit zurückziehen, gäbe es niemanden, der seine Arbeit vollenden könnte. Natürlich würde er seine Mitarbeiter instruieren, sagte er unmittelbar darauf, denn er persönlich würde auf Ruhm und Anerkennung keinen Wert legen.

Der Therapeut machte den Patienten aufmerksam auf Widersprüche in seiner Haltung: Während er zuvor sich völlig seinem Werk gewidmet habe, zeige er jetzt einen Widerwillen dagegen; während er nichts als der Menschheit dienen wolle, zeige er offensichtlich eine gewisse Befriedigung bei der Feststellung, dass er allein fähig sei, dass Problem zu lösen. Er erklärte dem Patienten, dass die Motive zu einem Verhalten oft «überdeterminiert» seien, d.h. nicht einfach, sondern vielfältig. Hinter bewussten, durchaus echten Motive stünden oft auch andere, die moralisch verworfen würden und Schuldgefühle mit sich brächten, wenn sie bewusst wären. Die auffallende Betonung seiner altruistischen Selbstlosigkeit sei doch wohl eine Abwehr der Gedanken, dass eben auch nicht so altruistische und selbstlose Motive mitspielten und keineswegs nur die Hilfe für die Menschheit. Er sagte dem Patienten dezidiert, dass ihn eben auch egozentrische Motive zur Arbeit antreiben würden, fügte aber bei, dass solche allgemeinmenschlich seien. Es sei nicht anzunehmen, das der Patientin sich der Wettbewerbskultur, die dem gegenwärtigen Zeitgeist entsprechen und alle Lebensbereiche imprägnierten, einfach entziehen könne.

Der Patient verließ den Therapeuten nach Abschluss der Sitzung wohl im Gemüt erschüttert, aber offensichtlich weniger depressiv.

Es ist verständlich, dass der Therapeut sich in zuständigen Kreisen erkundigte, wie es um den Ruf seines Patienten stehe, dachte er doch, dass bei diesem wahnhafte Ideen eine Rolle spielen könnten. Er erfährt aber, dass es sich tatsächlich um einen genialen Mathematiker handle, der bereits bedeutende Forschungsergebnisse vorweisen könne .

Der Patient erscheint zur nächsten Sitzung recht aufgeräumt. Er hat sein Selbstwertgefühl wieder gefunden und denkt nun doch daran, an der vorgesehenen Konferenz persönlich teilzunehmen. Er sei höchst beeindruckt, wie der Therapeut seine emotionalen Probleme angepackt habe. Er habe bis jetzt nie an die Möglichkeit gedacht, dass bei ihm unbewusste Haltungen existieren könnten. Zum ersten Mal realisiere er, wie man sich über sich selbst täuschen könne. Bis auf sportliche Betätigung habe er es nicht für möglich gehalten, dass er sich je wetteifernd hätte mit anderen messen wollen, jetzt realisiere er aber, dass sein ganzes Leben sinnvoll so aufgefasst werden könne. Besondere Schuldgefühle habe er deswegen aber nicht, denn der Therapeut habe ja festgestellt, dass es sich dabei um allgemeinmenschliche Züge handle und um den Zeitgeist, dem er ja zugehöre.

Während der zweiten Sitzung kommen Therapeut und Patient auf dessen Vergangenheit zu sprechen. Der Patient war von seiner ersten Frau nach drei Jahren geschieden. Sie trank und war ihm oft untreu. Sexuell hat er unter vorzeitigem Samenerguss gelitten. Eine Tages verließ sie ihn mit dem zweijährigen gemeinsamen Sohn. Er gab zu, dass die missglückte Ehe seinen Stolz verletzt hatte. Die zweite Ehe ist glücklich; sie haben zwei Kinder. Auch sexuell klappt es gut – genauer: hat es gut geklappt, denn der Patient berichtet zögernd,

dass in den letzten drei Jahren, seine Potenz merklich nachgelassen habe. Der Therapeut wies darauf hin, dass gerade in diesen Jahren, seine Forschungstätigkeit ihn fast übertrieben in Anspruch genommen habe. Der Patient kommt selbst auf die Idee, ob nicht vielleicht die Faszination durch die Arbeit eine Kompensation für Minderwertigkeitsgefühle wegen seiner nachlassenden Potenz sein könnte. Er gesteht auch, dass er hie und da fürchtete, auch seine zweite Frau könnte ihn deswegen verlassen.

Die Eltern des Patienten hatten beide je sechs Kinder aus einer früheren Ehe. Der Patient kam zur Welt, als sein Vater bereits 68-, seine Mutter 46-jährig war. Er wurde als Nachzügler und körperlich eher schwächlicher Bub verwöhnt. Deswegen und um sich gegenüber seinen Stiefgeschwistern zu profilieren, erwies er sich schon vor dem Schulalter als rechnerisch begabt und in der Schule dann als mathematisches Genie, das zeitweise selbst die Lehrer übertrumpfte. Erinnerungen an solche Szenen sind ihm offensichtlich wichtig. Der Therapeut machte ihn darauf aufmerksam, dass es dem Patienten in der ersten Sitzung wichtig gewesen sei zu betonen, dass, wenn er sich vorzeitig zurückziehen würde, kein Kollege an seiner Stelle seine Forschungsarbeit vollenden könne. Der Patient ist beeindruckt von diesem psychologischen Gleichklang zwischen Erlebnissen in der Jugendzeit und heute. In diesem Zusammenhang bekennt er, dass er durch die gegenwärtige Arbeit, den Fehler beweisen wollte, der in einer gegenwärtig akzeptierten Theorie stecken müsse. Der Therapeut eröffnete dem Patienten gegenüber die Vermutung, dass er befürchte, dass jüngere Kollegen ihm doch mit der Zeit gewachsen sein könnten. Dies einerseits beruflich, andererseits aber auch sexuell. Dies ist für den Patienten am schwersten zu akzeptieren, leuchtet ihm aber schließlich doch ein.

Nach dieser zweiten Sitzung beschließen Therapeut und Patient die Behandlung zu beenden. Einige Monate später erhält der Therapeut die Nachricht, dass der Patient sein letztes mathematisches Problem gelöst und die Lösung persönlich an der angesagten Konferenz vorgestellt hatte. Acht Jahre später kommt der Patient nochmals zu zwei Sitzungen zum Therapeuten. Er hatte noch einige Male milde depressive Verstimmungen gehabt, aber ohne die seinerzeitige Erregtheit und ohne arbeitsunfähig zu werden. Der Therapeut schließt seinen Bericht mit den Worten: «Es war offensichtlich, dass der Patient ein klares Verständnis für seine hauptsächlichen emotionalen Probleme beibehalten hatte und wenn auch nicht von einer Heilung [«cure»] gesprochen werden konnte, so hatte er doch dauerhaft profitiert von der ursprünglichen Behandlung».

<u>*6.1.2 Zweites Beispiel*</u>

(frei nach David H. Malan, 1963 p.99-103/S.111-115 – Malan ist ebenfalls ein anerkannter Psychoanalytiker. Seine Erfahrungen und diejenigen seines Mentors Michael Balint stießen nun bereits auf ein positives Echo innerhalb der psychoanalytischen Bewegung)

Es kreisen die Beschwerden eines 50-jährigen Mathematiker darum, dass er sich in seiner Ehe und in seinem Beruf nicht durchsetzen kann und an schweren Arbeitshemmungen und Depressionen leidet. Er kennt keine eigenen Bedürfnisse und hat kein Selbstvertrauen. Der Therapeut sieht diese Erlebens- und Verhaltensweise, nachdem er sich über die Erkebnisgeschichte des Patienten in Kindheit und Jugend orientiert hat, als die Folge einer

Identifikation des Patienten mit einem schwachen Vater, die begleitet ist von einer Sehnsucht nach Anlehnung an starke Vaterfiguren, während er Frauen oft als übermächtig erlebte. Im Verlauf von 14 psychotherapeutischen Sitzungen innerhalb von fünf Monaten wurden dem Patienten die psychodynamischen Zusammenhänge seiner Neurose, z.T. unter Einbezug seiner Erwartungen an den Therapeuten (Übertragung) gedeutet. Der Erfolg war, dass er ein gesundes Selbstvertrauen erlangte, infolgedessen er seine neurasthenische Frau besser ertrug, bei seinem Chef eine verdiente Gehaltsaufbesserung erhielt und ein viel besseres Verhältnis zu seinen halberwachsenen Kindern erlangte. Eine Nachuntersuchung nach über drei Jahren zeigt, dass diese Besserung angehalten hatte, was der Autor als Beweis dafür ansieht, dass es sich nicht um eine sogenannte «Übertragungsheilung» gehandelt hat.

Es scheint, dass die psychologische Aufklärung zur Entstehung seiner Beschwerden die Heilung zur Folge hatte, ein Verfahren, das an die ⇗Rationelle Therapie von Dubois erinnert und vermutlich in jeder psychoanalytisch orientierten Psychotherapie eine Rolle spielt. Einsicht kann zu Wandlung führen.

6.1.3 Drittes Beispiel

(aus Dieter Beck, 1974, S.95-103, gekürzt, aber bis auf durch die Kürzung bedingte stilistische Änderungen nach den Worten des Autors). Das Beispiel zeigt, dass auch bei einer sogenannten Kurztherapie etwas wie eine Übertragungsanalyse erfolgen kann. Beck erweist sich auch als «treuer Anhänger von Freud», indem er die Beziehung des Patienten zu seiem Vater grundsätzlich als «homosexuell» bezeichnet, desgleichen deren Übertragung auf den Therapeuten.

Ein 38-jährigen Geschäftsmann war vor zwei Jahren in eine Ehekrise geraten, die seine Schaffenskraft lähmte und zu Depressionen führte. Seit dieser Zeit hatte er eine Geliebte, die ihm eine neue Gefühlswelt eröffnete. Während er bisher im Leben die musischen Seiten zugunsten des beruflichen Aufwärtsstrebens vernachlässigt hatte, war er plötzlich sehr verunsichert durch die frohe Unbekümmertheit dieser Frau, welcher beruflicher Erfolg, äußerer Glanz und moralische Fassade weniger wichtig war als emotionale Offenheit und Nähe. Es war dies etwas ganz Neues in seinem Leben. Vorher hatte er nur geschuftet und an beruflichen Erfolg gedacht, jetzt sei für ihn eine neue Welt aufgebrochen, Er fürchtete, dass durch eine eventuelle Scheidung seine drei Kinder Schaden erleiden würden. Er erwähnte zudem, daß er sich vor drei Jahren an einer Party mit einer Frau gefühlsmäßig sehr stark eingelassen habe. Als Folge dieser kurzfristigen, intensiven und nicht-sexuellen Beziehung habe er die Verlobung dieser Frau sicher zerstört.

Auf den Therapeuten wirkte der Patient sehr gefühlsverhalten, latent gewalttätig und etwas bedrohlich. Nach zwei Gesprächen formulierte der Therapeut als Fokus: «Ich habe Angst, zerstörerisch zu wirken, wenn ich Gefühle zulasse» (bei den Kindern, bei der Bekannten mit der zerstörten Verlobung, im Geschäft durch Prestigeverlust). Der Therapeut dachte bei sich, eine furchterregende Über-Ich-Instanz im Patienten kündige Unheil an, wenn er durch neue Gefühle die bisherige innere Ordnung in Ehe, Arbeit und Leistung in Frage stellte.

Der Patient lehnte eine klassische Psychoanalyse ab und wünschte eine Kurzbehandlung. Der Therapeut begann eine solche, weil ihm die Motivation des ich-starken Geschäftsmannes echt erschien und weil ein umschriebenes Problem vorlag, Zudem gab ihm der Patient emotionelle Signale dafür, daß er mit meinen Deutungen arbeiten konnte und er hatte auch das Gefühl, daß eine Zusammenarbeit zwischen ihm und dem Patienten möglich sei.

Nachdem er berichtet hatte, daß er seine Frau lediglich aus Mitleid nach einer Liebesenttäuschung geheiratet hatte und daß er sich von ihr mehr und mehr zurückziehe, fügte er am Ende der Sitzung noch schnell bei, daß er es mit seinen drei Kindern ausgezeichnet könne und dort nie ein Problem habe. Auf die Frage, ob es denn nie Ärger gebe, meinte der Patient, er habe die Kinder noch nie «absichtlich» geschlagen. Allerdings hätte er sie im Spiel und im Spaß oft verprügelt. Der Therapeut hatte die Phantasie, daß der Patient die Kinder als Repräsentant seiner infantilen Seite prügeln und strafen musste. Offenbar stand er unter dem Einfluss eines sehr strengen Gewissens und unter stark sadistischem Druck. Mit den «Spielen» erreichte er sowohl eine anal-aggressive Triebabfuhr als auch eine Befriedigung seines Über-Ichs.

Die folgenden Sitzungen (Nummer 5 bis 7) waren charakterisiert durch eine Menge von Einfällen und Erinnerungen an Szenen, die Gewalttätigkeitsimpulse enthielten. Dies löste beim Patienten viel Angst und Unsicherheit aus. In dieser Phase konstellierte sich der Fokus in der Übertragung deutlicher, indem der Patient dem Therapeuten gegenüber Befürchtungen äußerte, dieser könnte ihn wegen seiner Gefühle und Phantasien kritisieren, verurteilen oder schädigen, so wie er bei sich fürchtete, mit seinen Gefühlen Unheil anzurichten. Im einzelnen sah dies so aus:

Nachdem der Patient von den sadistischen Kinderspielen erzählt hatte, sagte der Therapeut zu ihm, offenbar sei in ihm ein «latenter Gewalttäter» lebendig. Dies schien ihn sehr zu amüsieren, und er ging ganz fröhlich von dieser Stunde weg. In der folgenden Sitzung brachte er verschiedene Erinnerungen an frühere sadistisch-aggressive Durchbrüche. Als 8-jähriges Kind hatte er in der Wut einer 3 Jahre jüngeren Schwester mit dem Messer eine gefährliche Wunde zugefügt, später hatte er einen Kollegen im Streit durch einen Faustschlag verletzt, ein anderes Mal wurde eine Frau von ihm beim Schlittschuhlaufen zu Fall gebracht und verletzt. Andererseits versuchte er sich im Leben ständig zu kontrollieren, lernte aus Angst vor seinen aggressiven Durchbrüchen nicht autofahren, «kasteite» sich durch extremes Fitness-Training. Der Therapeut sagte zu diesen angstauslösenden aggressiven Erlebnissen, daß er die Befürchtung, mit seinen Gefühlen Unheil anzurichten, jetzt besser verstünde und daß er mit seiner Verhaltenheit reales Unheil zu vermeiden suche.

Dem Patienten fiel dann ein, daß er eigentlich keine herzlichen Kontakte zu Männern habe. Er kam auf seinen Vater zu sprechen. Er schilderte ihn als patriarchalisch-unsicher und stellte fest, daß er ihn bisher nie zu kritisieren gewagt hatte und sich immer hilflos bei ihm vorgekommen war. Lediglich beim Schachspiel ginge jeder auf den anderen los. In der darauffolgenden Sitzung war er direkter. Er sagte, er erlebe die Therapie sehr zwiespältig: Einerseits würden sich Dinge bei ihm ändern, die verblüffend seien, wie etwa die Abnahme

der depressiven Verstimmungen, die Zunahme der Unternehmungslust und das Bedürfnis nach mehr menschlichen Kontakten; andererseits mache ihm dies alles Angst und verwirre ihn. Er war in dieser Stunde bissig-kritisch und strahlte eine Verachtungdem Therapeuten gegenüber aus,

Psychodynamisch gelesen handelte es sich nach Ansicht der Therapeuten in diesem Stadium um eine Intensivierung des homosexuellen Übertragungsgeschehens. Der Patient sprach mit einem Mann über seine Ängste, Hilflosigkeiten und sadistischen Impulse. Er traf dabei nicht, wie erwartet, auf einen ablehnenden Vater, sondern mehr auf einen um Verständnis bemühten Bruder. Dies war zwar angenehm und entlastete von Schuldgefühlen, andererseits mobilisierte dieses Geschehen die im Fokus enthaltene Angst, durch seine Gefühle auf den Therapeuten zerstörerisch zu wirken. Mit der kritisch-verächtlichen Haltung versuchte sich der Patient vor diesem Übertragungskonflikt zu schützen. Der Therapeut sagte dem Patienten, dieser fürchte, auch in der Beziehung zu ihm zerstörerisch zu wirken, wenn er von sich und seinen Gefühlen spreche. Der Theraspeut wies auch auf die Reaktivität seiner sadistischen Tendenzen hin, das heißt darauf, daß er im Grunde aus Hilflosigkeit oft so aggressiv sein müsse. Möglicherweise fühle er sich in der Beziehung zu ihm, dem Therapeuten gelegentlich auch so hilflos, daß er am liebsten alles kaputt machen würde.

in den beiden folgenden Sitzungen (Nummer 8 und 9) standen die Übertragungsängste erneut im Vordergrund. Der Patient fürchtete Missbilligung vom Therapeuten, klagte sich an und versuchte, durch Selbstverkleinerung den vermeintlichen Angriffen des Therapeuten zu entgehen. Biografisch fiel ihm wieder ein, daß der Vater alles, was er gemacht hatte, durch Kritik sofort zerstörte. Der Patient meinte, er stünde unter ungeheuren inneren Gesetzen und er würde z. B. eine Trennung von seiner Gattin wie ein Verbrechen bewerten. Er wisse gar nicht, wie er sich hier ändern könne. Er klagte sich in dieser Stunde dann stark an, daß er eigentlich gar keine Freundin haben dürfte und daß er seine Familie damit schädige. Ich gab ihm den Hinweis, daß alles, was er zurzeit unternehme (mögliche Trennung von der Gattin), Experimentiercharakter habe. Seine inneren Gesetze würden sich ändern, wenn an der Realität überprüft sei, ob die Katastrophe, die er befürchte, wirklich eintrete. Der Patient schien dadurch entlastet und berichtete gegen Ende dieser Sitzung von seinen Alltagsfreuden, dem kürzlichen Eintritt in einen Sportclub und seiner erneuten Freude am Malen. All dies mache ihm Spaß.

In den folgenden vier Stunden (10. bis 13.) trat der Übertragungskonflikt und die Auseinandersetzung mit dem inneren Verfolger in den Hintergrund. Es war, als ob der Patient mehr Sicherheit bekommen hätte, weil die gefürchtete Verurteilung nicht erfolgt war. Er stand seinen Triebbedürfnissen weniger ambivalent gegenüber und konnte mehr von seinen aktuellen Problemen berichten. Je mehr er die Scheidung juristisch vorantrieb, desto weniger attraktiv wurde die Trennung von der Gattin für ihn. In der 12. Sitzung berichtete er, daß er auf eine Scheidung verzichte und sich von seiner Geliebten zurückgezogen habe nach manchen Auseinandersetzungen mit beiden. Der Patient konnte unter anderem wegen der abnehmenden Macht des überstrengen Gewissens und wegen des verminderten sadistischen Triebdruckes die äußere Ehesituation realer sehen. Sie Geliebte war früher der einzige Aus-

weg aus einer inneren Gefangenschaft von Ordnungen und Zwängen gewesen. Das externalisierte Problem «Geliebte» verlor an Attraktion, als der Patient seinen inneren Konflikt in der Übertragung zu bearbeiten anfing.

Die Aktualisierung des verfolgenden homosexuellen Über-Ichs in der therapeutischen Beziehung und die Bearbeitung dieses Geschehens gaben auch dem realen Vater menschlichere Züge, so daß eine wärmere Beziehung zu ihm möglich wurde. Erstmals im Leben ging der Patient mit idem Sohn an eine Gemäldeausstellung. Zudem fühlte er sich auch anderen Männern gegenüber (im Sportclub und im Geschäft) sicherer und weniger ausgeliefert. Der Patient meinte in dieser Phase der Therapie, sein Hauptproblem sei im Grunde seine Beziehungsstörung zu den Mitmenschen gewesen (Männer), womit er sicher recht hatte. Auf mich wirkte er weniger bedrohlich und gespannt.

Beruflich kam es für den Patienten einerseits zu einem realen Zwiespalt, da er auch für seine musischen Fähigkeiten (Malen, Musik) Zeit und Realisationsmöglichkeiten finden wollte, andererseits war der Beruf befriedigender, weil sein «ständiger Begleiter Angst» bei der Geschäftstätigkeit verschwunden war. Früher habe ihn ständig die Angst begleitet, wenn das Telephon läutete oder ein Brief kam, er könnte eine Rüge oder eine Kritik erhalten oder man könnte ihn sonst angreifen und böse auf ihn sein. Diese ganzen Verfolgungsphantasien seien verschwunden und das sei ungeheuer entlastend.

Nach all diesen günstigen Veränderungen war ein Rückfall zu erwarten, der dann in der 14. Stunde auch auftrat. Der Patient hatte plötzlich wieder starke Angst gehabt und sich sehr unsicher gefühlt. Äußerlich hing es mit einem geringfügigen finanziellen Rückschlag und mit einer längeren Abwesenheit der Gattin zusammen. Es schien ihm, daß er von seiner Frau innerlich doch abhängiger sei, als er glaubte. Die Hauptbedeutung des Rückfalles dürfte mit der Mobilisierung von homosexuellen Wünschen und mit dem bevorstehenden Ende der Therapie zusammengehangen haben. Der Rückfall war ein Protest dagegen. Der Patient erinnerte sich jetzt, daß er vor allem zu Beginn der Therapie verschiedene Träume gehabt habe, wo er ganz nahe beim Therapeuten war und ihm immer irgendeinen Dienst erwies. Dagegen wehre sich jetzt etwas in ihm und er brauche diese Nähe nicht mehr. Mit all dem hänge der Rückfall zusammen.

In der folgenden, der 15. Sitzung ging es dem Patienten wieder gut. Er wünschte jetzt die Therapie abzuschließen, da er sich in den Händen habe. Er meinte: «Ich habe in mir im Laufe des Lebens ein Gewissen herangebildet, mit dem ich nicht lebensfähig bin. Ich muss jetzt ständig an mir arbeiten. Ich werde mit der Axt an der Wurzel meines Über-Ichs ansetzen, damit ich leben kann.»

Die Beziehung zum Therapeuten war konfliktfrei und es schien, daß der Patient in der Auseinandersetzung den Weg zu einer angstfreieren und wohlwollenderen Einstellung zu sich gefunden hatte. Im gegenseitigen Einverständnis wurde die Behandlung daher abgeschlossen.

Die Behandlung hatte 15 Sitzungen umfasst und 10 Monate gedauert. Der Patient war 14-täglich gekommen, wobei zwei Unterbrüche von je 6 Wochen wegen Ferien die ganze Behandlung zeitlich ausdehnten. Eine zwei Jahre später erfolgende Katamnese zeigte ein

stabiles Resultat. Die eheliche Beziehung habe sich insofern verändert, als sich die beiden Partner näher gekommen seien, Insbesondere seien auch die sexuellen Beziehungen befriedigend, was zu Ende der Therapie noch nicht der Fall gewesen war. Die berufliche Entwicklung zeigte eine Stabilisierung und das Verhältnis zu den Kindern schien ungestört.

Dieses Fallbeispiel zeigt, was die Kurzpsychotherapie zu leisten imstande ist, wenn die Voraussetzungen dafür gegeben sind. Es lagen hier günstige Indikationskriterien vor: der Patient war relativ ichstark, er war in der Lage, mit dem Therapeuten und seinen Deutungen emotionell zu arbeiten. Die gute therapeutische Beziehung und das tragfähige Arbeitsbündnis erlaubten frühzeitige Deutungen, die immer um den Grundkonflikt zentriert und so dosiert waren, daß die funktionierenden Ich-Anteile des Patienten nicht übermäßig belastet wurden. Eine breitere Regression mit der Mobilisierung von Abhängigkeitswünschen wurde vermieden.

Der entscheidende therapeutische Prozess dürfte darin bestanden haben, daß sich der Patient in seinen Gefühlen besser verstehen und akzeptieren lernte. Die emotionelle Neuorientierung brachte die Depressionen zum Verschwinden, führte zu neuen befriedigenden mitmenschlichen Beziehungen und förderte die kreativen Möglichkeiten des begabten Mannes. Das stabile therapeutische Ergebnis zeigt, daß die Kurzpsychotherapie nicht nur eine vorübergehende Wirkung hatte. Die therapeutische Beziehung war eine Neuerfahrung gewesen, welche in ihrer umstrukturierenden Weise für den Patienten eine nachhaltige Bedeutung bekam.

6.1.4 Viertes Beispiel

(frei nach Thomas Weiss 1988/[2]1989, S.164f – Thomas Weiss ist nicht Psychoanalytiker wie Sigmund Freud, Franz Alexander und David Malan, sondern systemisch orientierter Therapeut, der familientherapeutische Erfahrungen auf die Einzeltherapie anwendet (⇗Systembezogene Betrachtungsweise). Sein Beispiel lässt sich ohne weiteres als psychoanalytisch orientierte Psychotherapie verstehen.)

Der Patient ist ein 30-jähriger, großer und attraktiver Programmierer Er leidet unter seinem Übergewicht von ungefähr 15 Kilogramm. «Aus ihm unverständlichen Gründen gab es eine magische Gewichtsgrenze, die er nicht unterschreiten konnte, so sehr er sich auch anstrengte.». Er hatte die bekannten Schwierigkeiten, dauerhaft an Gewicht abzunehmen. Er nahm mühsam einige Kilogramm an Gewicht ab und nachher langsam, langsam wieder zu. «Die gängigen Erklärungsversuche richten sich auf eingefahrene Ernährungsgewohnheiten, auf ein kalorisches Missverhältnis zwischen verbrauchten und angebotenen Kalorien, auf die menschliche Schwäche, sich nicht beherrschen zu können, auf die Verführung durch die Umgebung und anderes mehr. An diesen Begründungen mag vieles wahr sein. »Nach Erachten des Therapeuten treffen sie jedoch nicht das Zentrum des Problems.

Der Therapeut stellt dem Patienten eine Reihe von Fragen zur Lebenssituation. Dieser ist seit sechs Jahren verheiratet. Die Ehe ist gut, obgleich die sexuelle Aktivität zurückgegangen ist. Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Übergewicht und der Partnerschaft. Sie erleben sich in ihrer Beziehung etwa gleich stark. Der Patient fühlt sich einerseits seiner

schlanken und hübschen Frau durch sein Übergewicht unterlegen, dafür aber ist er ihr intellektuell überlegen.

Der Therapeut stellte dem Patienten die Frage, was sich in seinem Leben ändern würde, wenn er dauerhaft sein Übergewicht verlieren würde und attraktiv wie seine Frau wäre. Der Patient lachte plötzlich laut auf. «Er hatte anfänglich nur positive Folgen für sein Leben phantasiert. Nun kam ihm ein Gedanke, den er fast nicht aussprechen wollte. Endlich sagte er: ‹Na ja, wenn ich mir so vorstelle, ich habe einen schlanken, muskulösen Körper und laufe so durch die Einkaufszone und sehe die ganzen hübschen Mädchen in ihren dünnen Blusen – da würde ich doch für meine Treue keinen Pfifferling mehr geben!› ». Er ist selbst überrascht von dem Zusammenhang seines Übergewichts mit der Neigung auszubrechen. Der Therapeut rät ihm, vorerst an seinem Gewicht nichts zu verändern, da er offenbar sonst die Beziehung zu seiner Frau gefährden würde, was der Patient nicht wolle. Mit diesem «Rat» will er offensichtlich beim Patienten die autonome Entscheidung provozieren.

Es geschieht dies bei den «Systemikern» oft durch solche «paradoxen Ratschläge» (⇗Systemische Betrachtungsweise).

Die Frage «Was wäre dann, wenn Sie gesund wären?» ist eine Standardfrage der ⇗Individualpsychologie bei neurotischen Symptomen. Es soll dann herauskommen, wovor sich der Patient schützen will. Diese Frage stellte Weiss vermutlich, ohne etwas von Individualpsychologie zu wissen.

6.1.5 Fünftes Beispiel

Der junge Mann hat den Therapeuten aufgesucht, weil er auf ein Stellengesuch hin, eine Absage erhielt mit der mündlichen Bemerkung des Personalchefs der Firma, er sei nach dem graphologischen Gutachten ein unzufriedener Charakter. Er würde ihm empfehlen, dem nachzugehen. Ein entscheidender Moment in der Behandlung:

Therapeut: Sie sprechen immer wieder von der unmenschlichen Scheißgesellschaft, die nichts als Leistung verlange. Meinen Sie mit der Leistungsgesellschaft Ihren Vater oder Ihre Mutter? – Patient (nach kurzem Schweigen in erstauntem Ton): Den Vater, den Vater! Wieso kamen Sie darauf? Ein Pedant, bei sich und uns Kindern immer nur auf Leistung erpicht! – Therapeut: Sprechen wir über Ihre Beziehung zu Ihrem Vater! Auf die Scheißgesellschaft zu schimpfen ist weniger schmerzlich und ungefährlicher!

Die Frage: «Meinen Sie mit Scheißgesellschaft den Vater oder die Mutter» ist, eine sogenannte Probedeutung, um herauszufinden, ob es die Introspektionsfähigkeit des Patienten zulässt, ohne große Überwindung von Widerständen frühere Erlebnisse als Motiv für gegenwärtige Erlebens- und Verhaltensweisen bewusst zu machen. Eine an sich riskante Probedeutung, die ich nur im Rahmen von mehrtägigen Selbsterfahrungsseminaren wagte, in denen die Teilnehmer bereits auf Introspektion eingestellt waren. Überraschend für mich war, dass ich bei jugendlichen Patienten, die über die Scheißgesellschaft schimpften, was in früheren Jahren gar nicht selten vorkam, auf die Frage, ob er damit den Vater oder die Mutter meine, immer eine klare Antwort bekam.

6.2 Ausführungen zur Kurztherapie, Fokaltherapie oder ganz allgemein: zur psychoanalytisch orientierten Psychotherapie

Die Praxis der psychoanalytisch orientierten Psychotherapie ist nicht verbindlich festgelegt, aber im Allgemeinen gilt, dass sich Therapeut und Patient die ganze oder die meiste Zeit gegenübersitzen, wennschon auch einmal längere oder kürzere Zeit mit freien Einfällen auf der Couch gearbeitet werden kann. Therapeut und Patient einigen sich auf ein Ziel, die Behebung eines bestimmten Problems, durch das sich der Patienten in der Erfüllung seines Lebens eben jetzt in der Gegenwart besonders gehemmt fühlt. Manche Analytiker setzen auch von vornherein die Stundenzahl fest, meist so um dreißig Sitzungen, die seltener als mehrmals wöchentlich stattfinden. Die Umsetzung von Einsichten des Patienten in Verhaltensalternativen werden vom Analytiker direkt angeregt. Hinweise auf die Realität durch ihn sind dem Analysanden zur Aufhebung von Realitätsverkennungen behilflich. Der Analytikers spricht seine intuitiv gewonnen Vermutungen – immer versuchsweise – ungehemmter aus als bei einer klassischen Psychoanalyse. Es gibt psychoanalytisch orientierte Psychotherapeuten, die ihren Patienten allgemeine bewährte Lebensregeln vermitteln, so z.B. den Verzicht auf frühkindliche Befriedigungsweisen und die Einsicht, dass Frustrationen zum Leben gehören, sowie die Beschränkung auf realistische Zielsetzungen ohne Perfektionismus und unstillbarem Ehrgeiz (Wolberg 1965; 1980). Die Abwertung von solchen «Lebenslehren» als «manipulative Technik» (Dieter Beck, 1974, S.44) ist unangebracht. Erstens werden sie keineswegs manipulativ, sondern offen vermittelt, zweitens ist es naiv anzunehmen, mit einer klassischen Psychoanalyse würden keine «Lebenslehren» vermittelt.

Der aktiver vorgehende Analytiker gibt sich als Person mehr zu erkennen und wird realer erlebt. Der Analysand erlebt sich andererseits weniger radikal in die Kindheit zurückversetzt: Auf die Übertragung, wenn sie nicht den Fortgang der Behandlung stört, wird nicht oder nur «punktuell» eingegangen, am ehesten gegen Ende der Beziehung («Abschiedstrauer»), allerdings bei manchen analytisch orientierten Therapeuten doch auch mit wesentlichem Gewicht (s.o., drittes Beispiel). Bei der Kurztherapie nach Hans H. Strupp u. Mitarb. (1984) wird der Therapeut-Patienten-Beziehung ebenfalls besonders Beachtung geschenkt, da diese Autoren die Beziehungsfähigkeit ihrer Patienten oder Klienten in den Mittelpunkt stellen und die Beziehung zum Therapeuten diesbezüglich als Muster dient. .

Frühkindliche, wie ich es nenne, «Primärerlebnisse» (Oedipuskomplex, Kastrationskomplex, Geschwisterrivalität, vorödipale Konstellationen) werden kaum je als solche aufgedeckt, auf keinen Fall gezielt, aber ihre gegenwartsnahen «sekundären Erscheinungsformen» die Selbsterkenntnis befördernd besprochen, z.B. Rivalitätsprobleme, Angst vor Autoritäten oder Rebellion gegen sie, Probleme mit dem Gegengeschlecht.

Als Bedingung zu einer analytisch orientierten Therapie, sei es eine niederfrequente Langzeittherapie oder eine Kurztherapie, gilt von Seiten des Psychotherapeuten eine vertiefte Menschenkenntnis, die unter anderem, wie von psychoanalytischer Seite deklariert wird, durch eine Lehranalyse erworben ist, in der der Psychotherapeut an sich selbst erfahren hat, wie Kindheitserlebnisse spätere Erlebens- und Verhaltensweisen beeinflussen und was erlebnismäßig Verdrängung, Widerstand und Übertragung ist. Ist eine Kurztherapie vor-

gesehen, sollte zudem, wie bereits erwähnt, das Leiden, wegen dessen Psychotherapie gesucht wird, als bestimmtes Problem definiert werden können. Für eine Kurztherapie bestehen aber auch, wie aus den Beispielen ersichtlich, Bedingungen von Seiten des Patienten. nämlich eine gewisse Ich-Stärke, d.h. Konflikt- und Frustrationstoleranz mit der Möglichkeit, sein bisheriges Selbst-, allenfalls auch Weltbild in Frage gestellt zu erleben, ohne dass den Boden unter den Füßen zu verlieren.

7. Das Verhältnis zwischen der «klassischen» oder «eigentlichen» Psychoanalyse zur analytisch orientierten Psychotherapie

Für «strenggläubige» Psychoanalytiker steht bei einer «klassischen» Psychoanalyse nicht eine Aufhebung von neurotischen Symptomen im Vordergrund. Sie wird deshalb von diesen nicht als Psychotherapie bezeichnet. Das Ziel einer «klassischen» Psychoanalyse sei vielmehr ganz allgemein eine Aufdeckung aller Erlebnisse aus der frühen Kindheit, die gegenwärtige Erlebens- und Verhaltensgewohnheiten und Motivationen geprägt haben, ohne dass dies dem Betreffenden bewusst ist. Der Gewinn bestehe in einer vertieften Selbsterkenntnis und damit auch Menschenkenntnis, was sich als Änderung des Charakters («Umstrukturierung») auswirkt. Allfällige neurotische Symptome würden gleichsam «nebenbei» verschwinden. Kernberg bezeichnet an irgend einer Stelle seines Werks die «klassische» Psychoanalyse als «ziellos», die psychoanalytisch orientierte Psychotherapie als an einem Ziel, im allgemeinen die Behebung von Symptomen, orientiert. Da eine «klassische» Langzeitanalyse nicht auf die Beseitigung von Krankheitssymptomen gezielt ist, sprechen ihre Vertreter nicht vom Analytiker als einem Psychotherapeuten und bezeichnen denjenigen, den sie analysieren, nicht als Patienten, sondern als Analysanden.

Für die meisten überzeugten Vertreter der «klassischen» Psychoanalyse war früher eine psychoanalytisch orientierte Psychotherapie mit dem Ziel einer Behebung von Krankheitssymptomen ein minderes Verfahren, denn damit würden zwar Symptome behoben, aber nicht die Persönlichkeit «umstrukturiert», d.h. das Selbst- und Weltbild von prägenden Einflüssen aus der Kindheit auf Dauer befreit, so dass bald wieder neue Symptome auftreten sollen (z.B. Mertens 1990/^{2}1992, Bd. I, S.123-128), was allerdings andere Psychotherapeuten bestreiten. Nach meiner Erfahrung schließt eine kürzer dauernde psychoanalytisch orientierte Psychotherapie eine vertiefte Selbsterkenntnis und «Umstrukturierung» der Persönlichkeit keineswegs aus, auch wenn es sich nur um eine Aufhebung von Selbsttäuschungen handeln sollte. Der unangefochtene Psychoanalytiker Karl Menninger hat 1958 feststellt, dass «schnellere und weniger kostspielige Möglichkeiten [zur Verfügung stehen], um Symptome aus der Welt zu schaffen und verirrte Wanderer auf den richtigen Weg zu führen» als eine «klassische» Psychoanalyse. Er hielt also schon damals eine solche nicht mehr für das therapeutische Programm der Wahl bei neurotischen Störungen, jedoch immerhin für ein «großes erzieherisches Erlebnis» für Menschen, die verantwortlich in sozialen Berufen tätig sind (Menninger u,. Holzman 1958/^{2}1973, S.15 [Vorwort von 1958]). Zu den «schnelleren und weniger kostspieligen Methoden» gehört meines Erachtens nun eben unter anderen die analytisch orientierte Psychotherapie!

Heute wird zum Verständnis der Wirkung der Psychoanalyse sowohl wie der analytisch orientierten Psychotherapie der emotionalen Beziehung zwischen Analytiker und Patient eine wichtige Bedeutung beigemessen, sei es doch entscheidend, dass der Analytiker durch echte Einfühlung in die Erlebnisgeschichte das Erleben und Verhalten seines Patienten «versteht» und dieser sich «verstanden» erlebt. Ich setze «versteht» und «verstanden» in Anführungszeichen, da hier damit weit mehr gemeint ist als sprachliches oder rein intellektuelles Verständnis: «Mein Psychotherapeut versteht mich!» ist eine emotional gefärbte Feststellung. Sich in diesem Sinn verstanden zu fühlen ist die Voraussetzung dafür, im Laufe der Behandlung auch die Sicht des Analytikers auf das Erleben und Verhalten in Betracht ziehen zu können. Im Jahr 1951 erschien von Hans Trüb *Heilung aus der Begegnung*. Englischsprachige Psychoanalytiker sprechen von *intersubjective Approach* (Stolorow 1987) oder *Working Intersubjectively* (Orange 1997). Ich verweise ausdrücklich auf die eingangs erwähnte Definition des Gewinns psychoanalytischer Erkenntnisse durch «Introspektion und Empathie» nach Kohut!

Vielen Kritikern von Freud oder der Psychoanalyse schwebt immer nur die zeitaufwendige und kostspielige jahrelange Psychoanalyse im «klassischen» Sinn vor, wenn von «Psychoanalyse» gesprochen wird, und zudem die für sie abschreckende Tatsache, dass sie früher in gewissen Kreisen als etwas wie eine «esoterische Weihe» bewertet wurde, wie Erich Fromm irgendwo formuliert hat. Die Kritiker reagieren verdutzt, wenn sie auf meine Anregung hin die Geschichte der «ersten erfolgreichen Analyse» von Elisabeth v. R., auch diejenige von Lucy R. lesen und dann vielleicht auch noch kurzzeitige Behandlungen aus unserer Zeit durch anerkannte und durchaus nicht als abseitig geltende Psychoanalytiker.

8. Die psychoanalytische Gruppentherapie

Schließlich gibt es auch eine psychoanalytische Gruppentherapie. Manche Psychoanalytiker halten dabei an einem Phantom einer Zweierbeziehung fest, indem sie die Gruppe als ein plurales Individuum behandeln (Argelander 1972; Ohlmeier 1973). Andere Psychoanalytiker behandeln «den Einzelnen in der Gruppe»; wieder andere schließlich beziehen die Wirkung der Gruppe und damit gruppendynamische Überlegungen mit Gewinn in ihr Verfahren ein, ohne die psychoanalytischen Vorstellungen vom Wesen einer Neurose aufzugeben (Foulkes 1964; Grotjahn 1977). Die Förderung der sozialen Kompetenz durch Auseinandersetzungen zwischen den Teilnehmern kann zusätzlich therapeutisch wertvoll sein, ist sie doch bei Neurosen immer gestört und eine kommunikationstherapeutische Schulung, wie sie in einer Gruppe möglich ist, fördert die Heilung (⇗Kommunikationstherapie). Eine Therapie im Gruppenverband bewährt sich besonders auch bei Patienten, deren Introspektions- und Einfühlfähigkeit in Mitmenschen noch der Schulung bedarf.

9. Tiefenpsychologie

Als «Tiefenpsychologie» bezeichnete Eugen Bleuler (1911) die psychologischen Errungenschaften von Sigmund Freud. Freud griff den Begriff auf (Freud 1913a) und sah später den Kernpunkt des Begriffs in der Erfahrung, daß zwischen krankhaften und normalen seeli-

schen Vorgängen grundsätzlich kein Unterschied bestehe (Freud 1933). In der Folge wurde der Begriff verallgemeinert, um alle diejenigen psychologischen, insbesondere bei der Behandlung seelischer Störungen entwickelten Betrachtungsweisen zusammenfassend zu kennzeichnen, die mit dem Begriff des Unbewussten oder der möglichen Qualität des Unbewusstseins psychischer Gegebenheiten arbeiten, so zur Psychoanalyse Freuds auch die ⇗Individualpsychologie Alfred Adlers und die ⇗Analytische Psychologie von C. G. Jung («Die drei Großen der Tiefenpsychologie») mit allen Variationen ihrer Schüler.

Manchmal wird zusätzlich in den Begriff «Tiefenpsychologie» die Voraussetzung einbezogen, daß prägende Erlebnisse in der frühen Kindheit als ausschlaggebend für die spätere Entwicklung von Neurosen zu betrachten seien. Dabei handelt es sich in psychoanalytischer Betrachtungsweise um Konflikte, die dysfunktionell verarbeitet worden sind (Mentzos 1981), Auch das Erleben und Verhalten Gesunder ist durch Erfahrungen aus der frühen Kindheit weitgehend mit-bestimmt.

Wichtig ist die Unterscheidung des Begriffs «Tiefenpsychologie» als einer *psychologischen Betrachtungsweise* von der «Tiefenpsychologie» als einem t*herapeutischen Verfahren*, nämlich einem solchen, in dem verdrängte und neurotisierende prägende Kindheitserinnerungen nacherlebend bewusst gemacht werden, um sie der Entscheidung des Erwachsenen zu unterstellen.

Besonders im englischen Sprachbereich wird statt des dort seltenen Ausdrucks «Tiefenpsychologie» [«Depth Psychology»] meistens der Ausdruck «Psychodynamik» [«Psychodynamics»] verwandt, wobei der englischsprachige Psychotherapeut und Psychologe allerdings nur an die Psychoanalyse Freuds denkt.

10. Literaturempfehlung

Die ersten Erfahrungen von Freud mit Psychoanalyse finden sich im ersten Band der Gesammelten Werke von Freud, aber auch separat als Taschenbuch in: Joseph Breuer, Sigmund Freud, *Studien über Hysterie*, Fischer, Frankfurt a. M., 1895/1991 (ganzes Buch 320 Seiten). ich verweise besonders auf die Krankengeschichten von Katharina, Elisabeth v. R und Lucy R. Zur Einführung in die Betrachtungsweise und das Verfahren der Psychoanalyse ist meines Erachtens eine Lektüre dieser Krankengeschichten unabdingbar! – Ganz ausgezeichnet zur Demonstration, was in einer «klassischen» Langzeit-Psychoanalyse vor sich geht, ist von Ludwig Eidelberg *Take off your mask,* International Universities Press, New York 1948, deutsch: *Das Gesicht hinter der Maske: Arbeitstag eines Psychoanalytikers*, Hippokrates, Stuttgart, 1951 (200 Seiten), Neuauflagen bis 1969. – Erfolgreich war das Buch von D. H. Malan *A Study of Brief Psychotherapie*, Tavistock Publications, London, 1963, deutsch: *Psychoanalytische Kurztherapie*, Huber, Bern und Klett, Stuttgart, 1965 (370 Seiten), Neuauflagen bis 1986.

NEO-PSYCHOANALYSE

nach Harald Schultz-Hencke

Verschiedene ursprünglich dem Kreis um Freud zugehörige Analytiker haben sich kritisch von der psychoanalytischen Neurosenlehre und von den psychoanalytischen Behandlungsverfahren, wie sie von Freud entwickelt worden sind, abgewandt und eigene Vorstellungen entwickelt. Am bekanntesten sind Alfred Adler (⇗Individualpsychologie) und C. G. Jung (⇗Analytische Psychologie). Harald Schultz-Hencke wich in einigen theoretischen Annahmen von Freud ab, nicht aber im praktischen Verfahren. Er sprach von «Neo-Psychoanalyse». Nicht ganz korrekt haben spätere Autoren auch die Auffassungen von Karin Horney, Erich Fromm und Erik Erikson und anderen ebenfalls als Neo-Psychoanalyse bezeichnet (siehe die Hauptwerke der genannten Autoren im Literaturverzeichnis!).

1. Zusammenfassung

Ich werde im Folgenden nicht alle Einzelheiten der Betrachtungsweise von Schultz-Hencke darstellen, sondern nur, was meines Erachtens für jemanden, der sich mit Psychoanalyse befasst hat, interessant ist. (1.) Dazu gehört, dass Schultz-Hencke die Erweiterung des Sexualitätsbegriffes durch Freud auf alle leiblichen Lustbedürfnisse rückgängig macht, ohne den psychoanalytischen Neurosebegriff und das psychoanalytische Behandlungsverfahren grundsätzlich in Frage zu stellen. Was Freud als «oralen Partialtrieb» in seinen Begriff der Sexualität einbezieht, ist für Schultz-Hencke ein allgemeinmenschliches Streben und eine Lust am «Haben-Wollen», das nur eben der Säugling oral befriedigt. (2.) Dazu gehört eine Aufzählung des «Schicksals» der primären Kinderwünsche oder Bedürfnisse oder Antriebe. Sie können sich elementar oder an die Realität angepasst durchsetzen oder dann, wie der Autor formuliert, einer «Hemmung» unterliegen von einem bewussten Verzicht bis zur Verdrängung. (3.) Dazu gehört die Umschreibung der Begriffe «Versuchungssituation» und «Versagungssituation», wobei der letzterwähnte Begriff eine eigene neopsychoanalytische Vorstellung umfasst, nämlich dass die durch eine äußere Situation verunmöglichte Befriedigung eines Bedürfnisses einen Druck auf bisher hintangestellte (gehemmte) Bedürfnisse ausübt, nun ihrerseits nach einer Befriedigung zu drängen.

Als Überblick sind meine Darlegungen wie bei den anderen Kapiteln vereinfacht. Auf die Bemühung von Schultz-Hencke, ⇗Psychoanalyse, ⇗Individualpsychologie und ⇗Analytische Psychologie richtungsübergreifend zusammenzufassen, trete ich nicht ein.

2. Harald Schultz-Hencke, der Begründer der ursprünglichen Neo-Psychoanalse

Harald Schultz-Hencke lebte von 1892 bis 1953 in Berlin. Er bildete sich zum Psychoanalytiker aus und eröffnete eine Privatpraxis. In diese Zeit fällt die Veröffentlichung der *Einführung in die Psychoanalyse* (1927) und das kleinere Werk über *Schicksal und Neurose* (1931). Nachdem es Mitte der dreißiger Jahre gelungen ist, in Berlin ein Lehr- und Behandlungsinstitut zu gründen, das die drei tiefenpsychologischen Richtungen ⇗Psychoanalys, ⇗Individualpsychologie und ⇗Analytische Psychologie unter einem Dach vereinigte, arbeitet

Schultz-Hencke dort als Vertreter der Psychoanalyse in der Ausbildung von Ärzten und Psychologen zu Psychotherapeuten mit. Es kam schon vor dem Ausbruch des zweiten Weltkrieges zu Schwierigkeiten, da es unter dem nationalsozialistischen Régime verboten wurde, sich in der Ausbildung von Psychotherapeuten auf Freud zu beziehen. In der Modifikation, die Schultz-Hencke schon 1927 entwickelt hatte, durfte die Psychoanalyse Es entsteht sein erfolgreichstes Buch: *Der gehemmte Mensch* (1940).

Dass Schultz-Hencke seine Modifikationen der Freudschen Lehre unter dem Druck politischer Verhältnisse vollzogen hätte, kann ihm nicht vorgeworfen werden. Es handelte sich dabei um die Ausgestaltung und Fortführung der Gedankengänge, die er bereits Jahre vor der nationalsozialistischen Herrschaft vertreten hatte. Von einem Mitarbeiter, der, wenn auch in sehr beschränktem Ausmaß, die Grundsätze der klassischen Psychoanalyse durch die ganze nationalsozialistische Zeit hindurch weiterhin vertreten hatte, wurde bezeugt, dass Schultz-Hencke den nationalsozialistischen Stellen gegenüber keine unehrenhaften Zugeständnisse gemacht hatte.

Nach Ende des zweiten Weltkrieges begründete Schultz-Hencke, ebenfalls in Berlin, das «Zentralinstitut für psychogene Erkrankungen», dessen Leiter er bis zu seinem Tode im Jahre 1953 war, wobei er sich für eine alle tiefenpsychologischen Richtungen umfassende psychotherapeutische Betrachtungsweise einsetzte. Nacheinander erschienen an Veröffentlichungen das *Lehrbuch der Traumanalyse* (1949), das *Lehrbuch der analytischen Psychotherapie* (1951) und *Das Problem der Schizophrenie* (1952). Da er sich darin in vielerlei Hinsicht positiv auf Freud bezieht, konnten die Bücher zur Zeit der nationalsozialistischen Herrschaft nicht veröffentlicht werden.

3. Die Desexualisierung der psychoanalytischen «Partieltriebe»

Als Partialtriebe werden in der Psychoanalyse von Freud Triebarten verstanden, die nach ihm zur «Klasse des Sexualtriebs» zu zählen sind, so der orale Partialtrieb, der anale Partialtrieb, der Schautrieb, der Bemächtigungstrieb (Laplanche u. Pontalis 1967, Stichwort «Partialtrieb» – ⇗Psychoanalyse, 4.4). Schultz-Hencke bestreitet, dass diese sogenannten Partialtriebe *an sich* etwas mit Sexualität zu tun haben, wenn sie sich auch im praktischen Leben damit verbinden können. Schultz-Hencke spricht nicht von Trieben, sondern von «Primären Kinderwünschen», von «expansiven Tendenzen», von «Bestrebungen», von «Antrieben», von «Bereichen»

Was Freud als «Oralerotik» bezeichnet, ist für Schultz-Hencke ein allgemeinmenschliches *Haben-Wollen*, auch als *kaptatives Bedürfnis* bezeichnet. Dieses Haben-Wollen manifestiert sich beim Säugling oral, während sich das Haben-Wollen, wenn abnorm ausgeprägt, sich z.B. in «raffgierigem» Fotografieren zeigen kann. Es wäre unsinnig zu sagen, Fotografieren sei «nichts als» entstellte Sauglust. Beim Säugling zeigt sich begreiflicherweise das Haben-Wollen anders als beim Erwachsenen.

«Analität» als Lust am Zurückhalten des Kotes im Darm ist für Schultz-Hencke Ausdruck von *Behalten-Wollen* oder Ausdruck eines *retentiven Bedürnisses*. Sammlerleidenschaft ist für Schultz-Hencke also nicht «eigentlich» Lust am Zurückhalten des Kotes im Darm wie für

Freud, sondern ein Behalten-Wollen, das sich beim Erwachsenen eben anders zeigt als beim Säugling, der ja schließlich nicht Briefmarken sammeln kann. Haben-Wollen und Behalten-Wollen können sich zu einem Besitzen-Wollen zusammenschließen.

Muskelfunktionslust hat bei Schultz-Hencke an sich mit Sexualität ebenfalls nichts zu tun, wie übrigens bereits die Ableitung von einem «Bemächtigungstrieb» bei Freud nahelegt, Es handelt sich um den Ausdruck eines Bedürfnisses oder Wunsches zu lustvollem «handgreiflichem» Umgang mit Objekten, deshalb bei Schultz-Hencke die Bezeichnung *Manualität*, später *Aggressivität*, wobei er diesen Begriff als *Darauf-Zugehen* versteht. Diese Funktionsmöglichkeit wird vom Erwachsenen aus gesehen beim Kleinkind zuerst eher destruktiv und dann auch kompositorisch gelebt. Schultz-Hencke bezieht später auch die *Werkfreude* und schließlich auch – nicht eben einleuchtend – das *Streben nach Geltung* in diesen Bereich ein.

Zärtlichkeit ist bei Schultz-Hencke nicht «gehemmte Sexualität» wie bei Freud, sondern ein eigener *epidermaler Erlebensbereich*, wenn es auch häufig mit dem elementar genitalen eine Verbindung eingeht.

Schultz-Hencke kennt zudem noch ein *intentionales Bestreben*. Er versteht darunter das unverbindliche Bestreben, zu erkunden, wie die Umwelt beschaffen ist oder was in ihr geschieht, wie etwa bei einem Vogel, der auf einem Ast sitzt und weder nach Nahrung Umschau hält noch darauf hört, ob ein Geschlechtspartner in der Nähe ist, sondern einfach um sich blickt und um sich hört. In der Ethologie wird vom Erkundungstrieb gesprochen. Es geht um die Entdeckung bereits des Säuglings, was er sieht oder hört oder spürt. Ich würde von mir aus vom «Interesse an der Umwelt» sprechen. Wird beim Kleinkind eine eigenständige Fortbewegung möglich, kommt es zur aktiven «Exploration», eine erste Manifestation dessen, was beim Erwachsenen dann Forschung genannt wird. Die Krankheit Schizophrenie mit der Störung der Beziehung zu der uns gemeinsamen Realität wird von Schultz-Hencke auf Störungen in diesem Gebiet zurückgeführt.

Unter *Erotik* bezeichnet Schultz-Hencke die *Hinwendung zum Schönen*, besonders zur Schönheit menschlicher Körper.

Schließlich anerkennt Schultz-Hencke natürlich auch die *genitale Sexualität.*

Schultz-Hecke gehört nach Freud also zu denjenigen Analytikern, die sich wie Alfred Adler und C. G. Jung «außerhalb der Psychoanalyse begeben» haben. «Man steht wieder dort, wo man sich vor der Psychoanalyse befand, und muss auf das durch sie vermittelte Verständnis des Zusammenhanges zwischen Gesundheit, Perversion und Neurose verzichten. Die Psychoanalyse steht und fällt mit der Anerkennung der sexuellen Partialtriebe, der erogenen Zonen und der so gewonnenen Ausdehnung des Begriffes ‹Sexualfunktion› im Gegensatz zur engeren ‹Genitalfunktion› » (Freud 1913. Ges.W. VIII, S.449). Bemerkenswert ist an dieser Aussage von Freud, dass er zwar von einer «Ausdehnung des Begriffs ‹Sexualfunktion› » spricht, diese «Ausdehnung» aber zu einem Dogma, zu einem Glaubenssatz von unbedingter Geltung erklärt. Heute sehen wir die Errungenschaft von Freud jedoch in dem, was wir «Tiefenpsychologie» nennen (⇗Psychoanalyse, 9).

4. Das «Schicksal» der primären Kinderwünsche, Antriebe oder Bedürfnisse

Diese können nach Schultz-Hencke ein verschiedenes «Schicksal» erleiden:

1. Sie können sich *durchsetzen*, d. h. befriedigt werden, oft nachdem die Realität zuvor angemessen verändert worden ist.

2. Es ist auch ein *Verzicht* auf die uneingeschränkte Erfüllung mancher Wünsche möglich, wenn diese auf widrige Umstände treffen oder einem Ideal widersprechen. Ein solcher Verzicht braucht allerdings Zeit zur Verarbeitung. Ein Verzicht wird erleichtert, wenn genügend andere Wünsche erfüllt werden. Auch die Hoffnung, später einmal, vielleicht erst im Jenseits, seine Wünsche befriedigen zu können, erleichtert einen Verzicht.

3. Häufig kommt es spontan zu *Fortentwicklungen*. Das Kind knetet zuerst mit Kot, dann mit feuchter Erde, schließlich am Sandhaufen mit Sand. Das «Objekt» ist ein anderes, die lustvolle Betätigung bleibt dieselbe. Es handelt sich um einen ähnlichen Begriff wie bei Freud die «Sublimierung».

4. Schultz-Hencke kennt auch die *Verdrängung*, wenn Wünsche auf Widerstand und Verbote stoßen und die Möglichkeit fehlt, zu warten, bis sich eine Fortentwicklung ergibt. Verdrängte Wünsche verbinden sich mit Furchterlebnissen. Feinste Gefühlstönungen, die weder als Wünsche noch als Furcht erlebt werden, können als Spuren bestehen bleiben.

Verzicht auf die Befriedigung eines Antriebs oder seine Verdrängung führen zu *Lücken*, zur Ausklammerung eines ganzen Erlebnisbereiches. Die Frigidität als völliger Mangel an sexueller Erlebnismöglichkeit kann als eine solche Lücke aufgefasst werden. Wer überhaupt nicht weiß, was Zärtlichkeit ist, hat eine Lücke. Wem jeder Impuls fehlt, sich in einer bedrängenden Situation durchzusetzen, «leidet» an einer Lücke. Verdrängte Wünsche können in Versuchungssituationen schließlich in *Symptomen* durchbrechen, im allgemeinen dort, wo vorher eine Lücke bestanden hat. Für Schultz-Hencke sind neurotische Symptome wie für Psychoanalytiker Impulse und Vorstellungen, die entweder die verdrängten Wünsche selbst verstümmelt wiederspiegeln oder die Furcht vor ihrem Durchbruch zum Ausdruck bringen oder psychosomatischen Charakter haben.

Wie bei Freud wurzeln die Neurosen auch nach Schultz-Hencke im «Schicksal» der Wünsche oder Antriebe in der frühen Kindheit, seines Erachtens in den fünf ersten Lebensjahren.

5. Versuchungssituation und Versagenssituation

5.1 Was ist eine Versuchungssituation und wie kann sie sich auswirken

Stellen wir uns eine Patientin vor, deren Haben-Wollen in der frühen Kindheit einer Gehemmtheit verfiel. Sie wandte sich als Jugendliche und Erwachsene christlicher Religiosität zu und betrachtete ohnehin Haben-Wollen als damit unvereinbar. Sie kann geben, aber nicht nehmen. Ihre Eltern sterben und ihre Geschwister wollen sie im Erbgang übertölpeln. Das bedeutet für ihr ungelebtes, sei es unterdrücktes oder gar verdrängtes Haben-Wollen eine *Versuchungssituation*. Ihr Haben-Wollen kann recht eigentlich und für die Geschwister überraschend *durchbrechen* oder aber sie erkrankt an *neurotischen Symptomen* und zwar psy-

chosomatisch an Schluckstörungen, an solchen deshalb, weil Haben-Wollen in der frühen Kindheit mit Saugen und Schlucken «gelebt» wurde.

5.2 Was ist eine Versagungssituation und wie kann sie sich auswirken

Schultz-Hencke berichtet, dass ein Homosexueller seine von der Gesellschaft geächteten Regungen verdrängt und sich «dafür» [Anführungszeichen von mir] auf das Sammeln von seltenen Kunstwerken geworfen hat. Er wird ihm Laufe der Jahre zu einem berühmten und gesuchten Kenner auf seinem Gebiet. Die Erfüllung auf dem Gebiet des Besitz- und Geltungsstrebens kompensiert seine Verarmung auf dem Gebiet der Zärtlichkeit und Sexualität. Im Krieg wird seine Sammlung zerstört. Es bedeutet dies für ihn eine schwere Versagung. Unter dem Druck dieser Versagung wird sein homosexuelles Bedürfnis wieder geweckt, ohne dass ihm dies bewusst ist. Er nimmt nicht homosexuelle Beziehungen auf, erkrankt aber an Errötungsfurcht in Gesellschaft von Männern, die zur Isolierung des zuvor geselligen Menschen führt, Folge der *Versagungssituation*.

Verschiedene Schüler haben das Gedankengut von Schultz-Hencke, das noch mehr Überlegungen umfasst, als von mir erwähnt, in Praxis und Ausbildung weitergetragen, so vor allem Werner Schwidder (1959) und die mir persönlich bekannten Franz Heigl (1972) und Annelise Heigl-Evers (1961/^{3}1971) in Tiefenbrunn bei Göttingen.

VON DER SYMBIOSE ZUR INDIVIDUATION

nach Margaret Mahler

Freie Zusammenfassung von Ausführungen von Mahler u. Mitarb. (1974), jedoch mit Übertragung der psychoanalytischen Fachausdrücke in eine allgemeinverständliche Sprache. Das Wort Symbiose behalte ich bei, obgleich es in diesem Zusammenhang nicht korrekt ist, denn darunter wird im biologisch-naturwissenschaftlichen Sprachgebrauch eine Lebensgemeinschaft zweier *verschiedenartiger* Lebewesen zu gegenseitigem Nutzen verstanden. Für die Vorstellung von Mutter und Kind als ein plurales Individuum war vor Mahler der Ausdruck Dyade [Zweiheit] gebräuchlicher.

1. Zusammenfassung

Bei dieser Untersuchung steht die Individuation im Sinn der Abgrenzung von der Mutter im Vordergrund. Mahler und ihre Mitarbeiter verstehen unter dem Zeitraum «von der Symbiose zur Individuation» eine Spanne in der seelischen Entwicklung des Kleinkindes, die ungefähr vom Alter von vier Monaten bis zum Alter von drei Jahren reicht. Diese Entwicklung wurde durch genaue Beobachtung des Verhaltens von Kleinkindern im Umgang mit ihren Müttern erschlossen.

Störungen in diesem Entwicklungsstadium können nach Ansicht der psychoanalytisch orientierten Autoren beim Kind, ganz besonders aber als Spätfolge auch erst beim Erwachsenen zu schweren seelischen Störungen bis zu Psychosen führen, Folge sogenannter Frühstörungen oder Ich-Bildungsstörungen (s.u.).

2. Die Stadien

Siehe Tabelle auf S.48!

2.1 Erstes Stadium: Normaler «Autismus» (erste Lebenswochen)

Dieses Stadium entspricht etwa demjenigen, das Freud als «primären Narzissmus» bezeichnet. Der Säugling erlebe noch keinen Unterschied zwischen sich und der Umwelt, wenn er auch, rein physiologisch gesehen, auf Umweltreize reflektorisch reagiere. Diese Reaktionen könnten aber noch nicht als seelische Vorgänge aufgefasst werden.

2.2 Zweites Stadium: Symbiose (von ungefähr 2 bis 4 Monaten)

Der Säugling erlebe sich und seine Mutter als «allmächtiges System, eine Zweiheit innerhalb einer gemeinsamen Grenze». Die Symbiose hat allerdings für jeden der beiden Partner eine andere Bedeutung, denn der eine Teil, der Säugling, ist vom anderen, von der Mutter, völlig abhängig.

Zuvor standen nach den Autoren die rein eigenleiblichen und innerlichen («propriozeptiven-enterozeptiven») Empfindungen im Vordergrund, die den Kern des Selbstgefühls bilden würden, aus dem sich das Gefühl, ein eigenständiges Individuum zu sein («Identitätsgefühl»), herausentwickle. Jetzt träten sie gegenüber den nach außen gerichteten sinnlichen und Bewegungsempfindungen sowie Wahrnehmungen zurück. Der Körperkontakt mit der

Mutter spiele eine wichtige Rolle, ebenso der Augenkontakt. «Das menschliche Antlitz in Bewegung» sei der erste Wahrnehmungsgegenstand von Bedeutung und löse das erste Lächeln aus, das allerdings noch nicht persönlich bezogen sei.

2.3 Drittes Stadium: Trennung und Individuation (4.-12. Monat)

Der Säugling beginne sich von der Mutter zu unterscheiden. Das zeige sich z.B. in einem sozusagen persönlichen Lächeln, in dem sich ausdrücke, dass das Kind jetzt die Mutter als solche erkenne. Damit könne sich auch das «Fremden» entwickeln, wenn dem Kind unvertrauten Gesichtern begegne. Das Fremden ist für Mahler und ihre Mitarbeiter ein Zeichen dafür, dass sich kein echtes Urvertrauen ausgebildet hat. Gleichzeitig erfassten die Sinne (Schauen, Lauschen) auch Gegebenheiten, die außerhalb des symbiotischen Umkreises seien, was als eine Art Neugier aufgefasst werden könne.

2.4 Viertes Stadium: Üben (10.-18. Monat)

Dieses Stadium überschneide sich mit dem vorangehend geschilderten. Eingeleitet werde es durch die Möglichkeit zu krabbeln, zu watscheln, zu klettern, sich aufzurichten, was bereits eine gewisse räumliche Entfernung von der Mutter erlaube. Später komme es zu freien aufrechten Fortbewegung. Die Mutter bleibe aber immer noch Ankerplatz und Mittelpunkt der Welt. Bereits komme es zu selbständigen Auseinandersetzungen mit der Realität, z.B. zu den ersten Erfahrungen mit Gegenständen, und damit zu den ersten autonomen Regungen.

Die Individuation, die Entfaltung von Selbständigkeit in Urteil und Entscheidung, die Differenzierung der Wahrnehmung, die Entwicklung des Gedächtnisses und des Erinnerungsvermögens und die zunehmend rationale Realitätsprüfung geht nach den Autoren nicht immer parallel mit der Loslösung, Unterscheidung, Abgrenzung und Abwendung von der Mutter. Es bestünden. zwei verschiedene Entwicklungsgeleise.

2,5 Fünftes Stadium: Wiederannäherung (15.-24. Monat)

Etwas missverständlich schreiben die Autoren von «Wiederannäherung», weil das Kind jetzt die Teilnahme der Mutter an seinen Entdeckungen suche. Es sei dies ein Zeichen, dass es sich jetzt wirklich getrennt von seiner Mutter erlebe. Das Kind entdecke allmählich, dass die geliebten ersten Beziehungspersonen, im allgemeinen die Eltern, «getrennte Individuen mit eigenen Interessen» seien und dass die anzunehmende «wahnhafte Vorstellung von seiner eigenen Größe» sich nicht mehr aufrechterhalten lasse. Oft verwickle es in diesem Zusammenhang eher die Mutter als den Vater in dramatische Kämpfe («Wiederannäherungskrisen»).

Zwei kennzeichnende Verhaltensmuster seien typisch: (1.) die unablässige Beobachtung der Mutter und (2.) das Weglaufen in der Erwartung, gejagt und dann in die Arme genommen zu werden. Beobachtungen an Kindern dieses Alters ließen auf einen Widerstreit schließen zwischen der Neigung, die Mutter zurückzuweisen, und der Neigung, sich ängstlich an sie zu klammern (zwischen «Angst vor Einverleibung» und «Angst vor Liebesverlust»). Durch die Erfahrung von der Realität müssten die Vorstellungen von der eigenen Größe und Allmacht, welche die Psychoanalytiker dem Kleinkind zuschreiben, gänzlich aufgegeben werden. Es komme zu mitmenschlichen Wechselbeziehungen («sozialen Interaktionen»), Nachahmun-

gen, Vergleichen mit anderen, ersten Gleichsetzungen mit den Eltern im Umgang mit Teddybären und Puppen, Spielen mit Verschwinden und Wiederfinden (Ball, Mutter).

2.6 Sechstes Stadium: Konsolidierung der Individualität und die Anfänge dazu, sich auch Mitmenschen verbunden zu fühlen, die nicht anwesend sind («emotionale Objektkonstanz» – 3. Lebensjahr)

Das Kind entwickle jetzt ein stabiles Gefühl der Einheitlichkeit und damit das Erlebnis einer sich gleichbleibenden Individualität, also einer Identität, bereits auch unter Einbezug eines Geschlechtsbewusstsein. Es werde ihm möglich, das Erlebnis der Mutter zu verinnerlichen und sich ihr auch nahe zu fühlen, wenn sie abwesend sei. In eins damit werden elterliche Gebote verinnerlicht («Beginn der Bildung eines Über-Ichs»). Es werde nun nicht mehr eine «gute», d.h. gewährende, entgegenkommende, nährende Mutter *neben* einer «bösen», d.h. fordernden, entziehenden und sich abwendenden Mutter erlebt, sondern *eine* Mutter, die sich einmal so, einmal anders verhalte. Die Fähigkeit, Zwiespältigkeit, Versagung und Angst zu ertragen, wachse («Ambivalenztoleranz», «Frustrationstoleranz», «Angsttoleranz»).

3. Spätwirkungen von Störungen bei der Entwicklung «von der Symbiose bis zur Individuation»

Eine Reihe von seelischen Störungen, die z.B. durch eine nach üblichen Regeln durchgeführte Psychoanalyse nicht zu heilen sind, werden auf Störungen in der Entwicklungszeit «von der Symbiose zur Individuation» zurückgeführt («Frühstörungen»). S.O.Hoffmann (1979, S.245 Anm.) schreibt von der Annahme, dass die Borderline-Zustände darauf zurückgingen, dass Mütter mit Angst und Panik auf die Selbständigkeitsstrebungen des Kindes reagiert hätten. Heute wird (zudem?) an Ereignisse mit emotionaler Überforderung (Traumata) gedacht. Depressionen könnten die Folge davon sein, dass die Mütter den Kindern wegen ihres natürlichen Drangs, sich allmählich aus der Symbiose zu lösen, Schuldgefühlen gemacht hätten. Narzisstische und schizoide Störungen könnten daraus hervorgehen, dass sich die Mütter in diesen Entwicklungsstadien emotional von den Kindern zurückgezogen hätten. Zwangsneurosen könnten daher kommen, dass die Mütter sogar «innere Vorgänge» des Kindes (besonders die Defäkation) hätten beherrschen wollen. Allerdings fügt Hoffmann dieser Aufzählung bei, dass es keine einfache 1:1-Beziehung zwischen Erziehungsstil und spezifischer Störung gebe.

Wir müssen uns wohl hüten, zu sagen: «So macht es jede Mutter richtig! So macht sie es jede Mutter falsch!» Es besteht eine Wechselwirkung zwischen einer bestimmten Mutter und einem bestimmten Kind. *Die* Mutter gibt es nicht; *das* Kind gibt es nicht. Auch ein Kind hat sofort nach der Geburt, wie jede Säuglingsschwester oder aufmerksame Mutter mehrerer Kinder bestätigen kann, seine individuelle Wesensart. mit einer im Vergleich zu anderen Kindern verschiedenen Reaktionseigentümlichkeiten auf Umwelteinflüsse. Überdies beeinflusst auch ein Kind je nach Wesensart in verschiedener Hinsicht seine Mutter. Auch in diesem Zusammenhang ist eine systembezogene Betrachtungsweise angebracht! Die Vorstellungen von einer auch dynamischen Eigenständigkeit des Säuglings («kompetenter Säugling») von

der Geburt an geht über die Vorstellung einer Symbiose zwischen Mutter und Kind, wie sie Mahler voraussetzt, hinaus (⇗Bindungstheorie).

Stadien der frühen Entwicklung

(Tabelle zusammengestellt von L.S.)

Monat	Üblich psychoanalytisch	M.Mahler	Monat
0	primär narzisstische Zeit (Freud), objektlose Zeit (Spitz), Zeit der primären Liebe (Balint). Nur physiolog. oder auch Bedürfnisse nach Kontakt u. Sicherheit?	autistisches Stadium	0
1			1
2	auch der Vater wird «bemerkt», wenn Mutter erste Beziehungsperson		2
3	nach fast nur innerleiblichen Wahrnehmungen jetzt auch außerleibliche	symbiotisches Stadium «Dualunion» (Höhepunkt gegem Ende)	3
4			4
5			5
6			6
7	«Fremden» (Spitz: pos. Reifezeichen; Mahler: symb. Stad. nicht normal abgelaufen)	Stadium der ersten Trennung	7
8			8
9			9
10			10
11			11
12			12
13		Stadium des Übens «Welteroberung»	13
14			14
15			15
16			16
17	Vaterbeziehung wichtig, um Ablösung von Mutter zu erleichtern («Triangulierung»)		17
18			18
19		Stadium der Wiederannäherung «Ambivalenz»	19
20			20
21			21
22			22
23			23
24		Stadium der Konsolidierung (Objektkonstanz)	24
.			.
.			.
36			36.

BINDUNGSTHEORIE

nach John Bowlby

Als eine Alternative zur Triebtheorie der Psychoanalyse nach Freud haben verschiedene seiner Nachfolger Objektbeziehungstheorien aufgestellt. Sie wollen damit nicht die Triebbefriedigung an einem Triebobjekt als neurotisch störbare Gegebenheit in den Vordergrund stellen, sondern viel mehr die Zuwendung bereits des Säuglings zu einem persönlichen menschlichen «Objekt». Die am einleuchtendsten ausgearbeitete und heute aktuellste «Objektbeziehungstheorie» ist die sogenannte «Bindungstheorie», ursprünglich von den traditionellen Psychoanalytikern abgelehnt, obgleich von einem der ihren entworfen, in jüngster Zeit aber von den meisten als wertvolle Fortentwicklung anerkannt. Die Bindungstheorie ist die Lehre von einem emotionalen Grundbedürfnis, das neben den vitalen Überlebensbedürfnissen von der Geburt an zu stillen ist, um eine gesunde Entwicklung zu gewährleisten. Maßgebend ist dabei die Beziehung des Kleinkindes zur Betreuungsperson. Die Beachtung, ob dies geschehen ist, spielt bei jeder Psychotherapie eine Rolle, insbesondere auch hinsichtlich des Übertragungsgeschehens. – Eine «sichere Bindung» ist Voraussetzung einer entwicklungsgerechten Mentalisierung, worauf ich im Folgenden ebenfalls eingehen werde.

1. Zusammenfassung

Ausgangspunkt der sogenannten Bindungstheorie [attachment theory] ist die Erkenntnis, dass ein Säugling auf Betreuungspersonen nicht nur zur Befriedigung seiner vitalen („triebhaften") Bedürfnisse wie Hunger und Durst angewiesen ist, sondern auch zur Befriedigung emotionaler Bedürfnisse, nämlich nach Nähe, Geborgenheit, Schutz und Sicherheit, meines Erachtens aber auch ganz allgemein: nach Kontakt. Dieses dem vitalen Grundbedürfnis zur biologischen Selbsterhaltung zur Seite zu stellende emotionale Grundbedürfnis ist nach John Bowlby angeboren. Seine entwicklungsgerechte Befriedigung setzt eine einfühlsame Betreuungsperson voraus. Die Betreuungsperson wird in der Literatur einfach als «Mutter» bezeichnet. In Bezug auf dieses Bedürfnis wird die Beziehung zur Mutter als «Bindung» bezeichnet, deshalb «Bindungstheorie». Es ist eine psychologisch paradoxe Frage, ob auch der Mut zur Ablösung von den Eltern durch eine sichere Bindung zu den Eltern gefördert wird!

Die Befriedigung des emotionalen Grundbedürfnisses beim Säugling und Kleinkind setzt natürlich ein emotionalen Grundbedürfnis auch bei der Mutter voraus, ihr Kind nicht nur vital zu versorgen, sondern auch emotional. Merkwürdigerweise ist in der Literatur über die Bindungstheorie davon kaum je die Rede; die maßgebenden Beobachtungen, auch in Test-Situationen, und die Überlegungen kreisen um die Bedürfnisse des Kindes. Von der nötigen «Einfühlsamkeit» der Mutter ist allerdings die Rede, d.h. ob sie zuverlässig, prompt und angemessen dem «Bindungsbedürfnis» des Kindes entgegenkommt.

Das angeborene emotionale Grundbedürfnis nach Nähe und Kontakt bleibt durch das ganze Leben erhalten, wenn es auch bei Erwachsenen mangels einer Koppelung an die Stillung vitaler Bedürfnisse nicht mehr so konkret «augenfällig» ist wie beim Säugling und besonders beim Kleinkind im Krabbelalter, das die Umgebung erkundet, umso mutiger je

sicherer es eine feinfühlige die Mutter im Hintergrund weiß. Auch ein gesunder Erwachsener hat das Bedürfnis, Beziehung zu einem Partner oder zu Freunden zu haben, die ihn «emotional verstehen», d.h. sich in ihn einfühlen. Wenn jemand sagt: «Ich habe einen Freund, der mich versteht!», meint er ja nicht ein intellektuelles Verständnis.

Menschen, bei denen im Kleinkindesalter das «Bindungsbedürfnis» nur unzureichend befriedigt worden ist, erkranken später eher an neurotischen Störungen und ihre Beziehung zu Nahestehenden ist häufiger problematisch. Daraus ergibt sich die Bedeutung der Bindungstheorie nicht nur für die Beratung bei Kind-Mutter-Problemen und Partnerproblemen, sondern für Psychotherapie überhaupt, vor allem auch für die Übertragungsanalyse.

2. John Bowlby, der Begründer der Bindungstheorie

John Bowlby (1907-1990) ist in London geboren und in England aufgewachsen. Das Medizinstudium brach er vorübergehend ab, um an einer Schule für verhaltensgestörte Kinder zu praktizieren, was für sein späteres Interesse an Erziehung und Psychotherapie entscheidend wurde. Er begann 1933, gleich nach dem Studium, eine mehrjährige Lehranalyse und wurde Mitglied der Britischen Psychoanalytischen Gesellschaft. In dieser Zeit bildete er sich zum Kinderpsychiater aus. Das Thema der Mutter-Kind-Beziehung, *eigentlich eher Kind-Mutter-Beziehung, beschäftigte ihn besonders. Er wurde berühmt, nachdem er 1951 für die Weltgesundheitsorganisation eine Arbeit über die Folgen der Heimatlosigkeit von Kindern verfasst hatte (Bowlby 1951). Seine Entdeckung der schwerwiegenden Folgen einer Trennung der Kinder von der Mutter führte ihn schließlich zur «Bindungstheorie» (Bowlby 1969), daneben auch zu Untersuchungen über den Trauerprozess (Bowlby 1980). – Die Ausgestaltung der Bindungstheorie wurde auch nach dem Tod von Bowlby durch Schüler fortgesetzt.

3. Beispiele

3.1 Erstes Beispiel: Ein vier Monate altes Kleinkind wehrt sich angeblich dagegen, gefüttert zu werden

(frei nach Éva Hédevári-Heller, 2000)

Eine 30-jährige Mutter kommt in Behandlung, da ihr Söhnchen, sich nicht füttern lasse, hyperaktiv und widerspenstig sei. Diese Störung habe begonnen, nachdem das Kind von einem 14-tägigen Krankenhausaufenthalt wegen einer infektiösen Magendarmstörung wieder nach Hause gekommen sei; dies trotzdem die Mutter täglich von morgens bis abends bei ihrem Kind im Krankenhaus gewesen sei. Die Mutter ist hilflos und verängstigt, ganz besonders weil das Kind die Milchflasche ablehne, ja sogar weine, wenn es sie nur sehe. Mit der Breifütterung gehe es besser, aber auch diese sei schwierig, weil der Junge zapple und immer wieder nach dem Löffel zu greifen versuche. Die Fütterung ist jedes Mal eine dramatische Szene, bei der sich die Mutter durch das Kind abgelehnt fühlt. Überdies befürchten die Eltern, sie würden später überhaupt nicht mehr mit dem Kind fertig werden, wenn es jetzt schon, „seinen Kopf durchzusetzen versuche“.

Nach der Betrachtungsweise der Bindungstheorie sucht die Mutter die Therapeutin auf mit dem unbedachten Wunsch in dieser eine einfühlsame Betreuungsperson zu finden, vergleichbar einem Kleinkind, das seiner Mutter ein „Bindungsbedürfnis“ entgegenbringt. Die Therapeutin sucht diesem Wunsch gerecht zu werden, indem sie die Klientin „dort abholt muss, wo sie sich affektiv befindet“, nämlich bei ihren Ängsten, d.h. sie muss ihr Verständnis für die Angst der Mutter zeigen. Mehrere zuvor hintereinander konsultierten Kinderärzte ließen merken, dass die mütterlichen Ängste unsinnig seien, da ja das Kind normalgewichtig und keinesfalls unterernährt ist. Sie ließen die Mutter emotional unbefriedigt. Die Therapeutin ist als Vertreterin der Bindungstheorie überzeugt, dass zu einer erfolgreichen Beziehung zwischen Klient und Therapeut gehört, dass von diesem nicht nur Wissen, sondern zuerst einmal Einfühlsamkeit verlangt wird. Damit soll nicht gesagt sein, dass nicht auch ein Therapeut, der nichts von der Bindungstheorie weiß, bedacht oder unbedacht die gleiche Haltung einnehmen kann. In einem solchen Fall wäre es umgekehrt, ein solcher Therapeut, wenn er mit der Bindungstheorie bekannt wird, versteht ohne Weiteres, was unter einer einfühlsamen Mutter gemeint.

Die Therapeutin .ließ in diesem Fall ein Video einer solchen Fütterungsszene anfertigen und sich und der Patientin vorspielen. Es wurde ersichtlich, wie die Mutter das Kind eng an sich gepresst hielt, so dass es sich nicht bewegen konnte und sich zwanghaft eingeengt erleben musste, wogegen es sich zu wehren versuchte. Es wollte zum Löffel greifen, um sich an der Fütterung zu beteiligen und nicht, wie die Mutter glaubte, um sie zu behindern. Es ist naheliegend an die Folge eine systemische Eskalation zu denken: Die Mutter hielt das Kind ursprünglich vielleicht weniger nachdrücklich an sich, aber doch so dass es sich behindert fühlte und sich frei zu bewegen versuchte; die Mutter presst es noch energischer an sich und das Kind setzt noch mehr Kraft ein, um sich zu bewegen usw. Dasselbe mit dem Versuch des Kindes, nach dem Löffel zu greifen.

In sieben Sitzungen mit der Mutter gelingt es der Therapeutin, dieser an Hand der Videoaufnahme zu zeigen, um was es dem Kind geht, ihr damit die Angst und zukunftsbezogene Befürchtung zu nehmen und sie anzuleiten, auf die Bedürfnisse des Kindes zu achten und sich durch diese leiten zu lassen. Es kommt zu einer „emotionalen Sicherheit und Zufriedenheit der Eltern im Umgang mit dem Kind“, und damit zu dem, was in der Bindungstheorie eine „sichere Bindung“ genannt wird, d.h. eine solche, die den Bedürfnissen des Kindes entspricht. Dass es nur weniger Sitzungen bedurfte, um ein gutes Ergebnis zu erzielen, führt die Referentin darauf zurück, dass die Eltern anscheinend selbst eine ungestörte Kindheit erlebt hatten.

3.2 Zweites Beispiel: Ein neunjähriges Mädchen mit mehreren traumatischen Erfahrungen in den Beziehungsverhältnissen

(frei und wesentlich gekürzt nach Ursula Götter, 2000)

Das unehelich geborene Mädchen wird von Adoptiveltern zur Therapie gebracht wegen häufigem nächtlichen Einnässen, Leistungsproblemen in der Schule, besonders in Mathematik, was neben der Absenz wegen einer Blinddarmoperation dazu führte, dass sie von der

vierten in die dritte Klasse zurückgestuft wurde. Sie beschäftigt sich intensiv mit ihrer Vergangenheit als uneheliches Kind und ihren leiblichen Eltern. Sie hat wenig Selbstvertrauen.

Es ergibt sich, dass das Mädchen als zweite Zwillingsschwester per Kaiserschnitt geboren worden ist. Sie ist klein und leicht und muss vorerst beatmet werden. Die 21-jährige Mutter war selbst adoptiert gewesen und hatte ihre Adoptiereltern wegen Auseinandersetzungen mit 16 Jahren verlassen. Sie soll von ihrem Partner, dem Vater der Kinder, immer wieder geschlagen worden sein, selbst wenn sie ein Kind in den Armen hatte. Außerdem lässt sie sich von ihrem Partner zur Drogensucht verführen und wie die Kinder acht Monate alt sind, stirbt sie in Anwesenheit ihrer Kinder an einer Heroinüberdosierung. Sie kommen einige Tage zu einer Großmutter, dann in ein Kinderheim, wo jedes von einer anderen Erzieherin betreut wird, bis sie nach ungefähr zwei Jahren adoptiert werden.

Die Adoptiveltern hatten beide keine eigenen Kinder gewollt, weil sie sich in ihrer Kindheit als eingeengt und unglücklich erlebten. Leistung und Pflichten haben bei beiden die Atmosphäre in der Herkunftsfamilie bestimmt. Die Adoptivmutter soll mit 10 Jahren den Haushalt beinahe allein geführt haben, weil ihre Mutter lieber anderen Tätigkeiten nachging. Der Wechsel der Geschwister vom Heim zu den Adoptiveltern gelang ganz gut. Die Kinder waren anfänglich allerdings nur schon ängstlich, wenn sich die Eltern zum Ausruhen hinlegten. Die Patientin hat eine Angst vor Männern. Sie kommt vierjährig in einen Kindergarten, wohin sie gerne geht, aber nach einem Jahr muss sie in einen anderen wechseln, der näher liegt. Im zweiten Jahr der Grundschule ziehen die Eltern in ein eigenes Haus und die Kinder müssen die Schule wechseln. Wie erwähnt kommt es bei der Patientin zu einem Leistungsabfall in der vierten. Klasse der Grundschule, weswegen sie wieder in die dritte Klasse versetzt, also in der Schule von der Schwester getrennt wird.

Die Adoptiveltern entschließen sich, das Mädchen in Psychotherapie zu bringen. Sie betonen, dass sie nicht möchten, dass das Kind in Abhängigkeit zur Therapeutin gerät und die Therapie endlos dauert.

Die Therapeutin vermutet aus der Vorgeschichte, dass das Mädchen immer wieder neue „Traumata", *also emotionale Überforderungen, durchstehen musste: die Aggressionen des Vaters, den Tod der Mutter, den Wechsel von der Betreuung durch die Großmutter zum Kinderheim, von dort zu Adoptiveltern. Bei diesen war sie gut aufgehoben, aber Leistung in der Schule scheint hoch bewertet worden zu sein. Nach der Therapeutin hat das Mädchen die Auffassung entwickelt: „Wenn ich in der Schule brav bin, mögen mich die Eltern." Sie fühlte sich aber auch abgelehnt, wenn sie einmal wütend oder aggressiv war. – Die Therapeutin führt auch immer wieder Gespräche mit den Eltern.

Ich verzichte hier darauf, Einzelheiten aus einzelnen Sitzungen zu berichten, wie die Therapeutin solche schildert. Zusammenfassend geht es ihr darum, dass sich zwischen der Patientin und ihr eine positive „Bindung" entwickelt, innerhalb deren das Mädchen immer angstfreier aufrichtig ist und auch Wut und aggressive Affekte zeigen darf, ohne das Gefühl zu haben, deswegen abgewiesen oder gar verlassen zu werden. Wichtig ist mir die Aussage der Therapeutin, dass die Behandlung, die ungefähr zwei Jahre dauerte, nicht gezielt „unter

bindungstheoretischen Überlegungen“ geführt worden sei, aber im Verlauf doch „recht plastisch“ in diesem Sinn betrachtet werden könne.

Die Schilderung einzelner Sitzungen und die Überlegungen der Therapeutin dazu lassen erkennen, dass sie vielfach Verhaltensweisen der Patientin analytisch deutet, sich auch fortlaufend Gedanken macht über das, was in der Psychoanalyse als Übertragung und Gegenübertragung bezeichnet wird, und auch Träume beachtet. Dass die «Bindungstheorie» selbst kein psychotherapeutisches Verfahren ist, ergibt sich aus dem Satz der Autorin: «Obwohl die Therapie nicht explizit unter bindungstheoretischen Überlegungen geführt wurde, lassen die Stunden doch recht plastisch die ursprünglichen Bindungsmuster und deren Weiterentwicklung erkennen.»

4. Weitere Ausführungen zur «Bindungstheorie»

4.1 Die „Bindungstheorie“ als eine „Objektbeziehungstheorie“

Es handelt sich bei der Bindungstheorie, wie eingangs erwähnt, um eine «Objektbeziehungstheorie». Darunter wird in Fortentwicklung der Psychoanalyse (⇗Psychoanalyse, 3.2.4) nach dem Tode von Freud die Annahme verstanden, dass auch soziale Verhältnissein der frühen Kindheit die Entwicklung günstig oder ungünstig beeinflussen und nicht nur die gelungene oder missglückte Lösung von Konflikten zwischen Triebhaftigkeit und sozialisierenden Erziehung durch die Eltern. Dabei ist zu bemerken, dass die Bindungstheorie nach Bowlby voraussetzt, dass bereits der Säugling als ein eigenständiges Wesen aufzufassen ist, das sich als solches mit seiner Um- und Mitwelt auseinandersetzt: der«kompetente Säugling», während andere «Objektbeziehungstheoretiker» im Säugling vorerst nur den unselbständigen Teil einer sogenannten Symbiose mit der Mutter sehen (⇗Von der Symbiose zur Individuation). Sobald allerdings gesagt wird, der Säugling finde Geborgenheit in den Armen der Mutter, so wird seine Eigenständigkeit vorausgesetzt, denn geborgen kann sich nur jemand fühlen, der sich auch ungeborgen erleben kann.

4.2 Die „Bindung“ zwischen Mutter und Kind als angeborene biologische Tatsache bei Menschen und Säugetieren

Dass ein Säugling auch emotional auf ihnen zugewandte Betreuungspersonen angewiesen ist, hat der Psychoanalytiker René Spitz Mitte der 40er Jahren des letzten Jahrhunderts durch Beobachtungen nachgewiesen. Säuglinge, die in Heimen hygienisch einwandfrei besorgt und ernährt worden sind, aber ohne persönlichen Kontakt zu Betreuungspersonen, werden krank und können sogar zugrundegehen (Spitz 1954). John Bowlby sah sich bei der Aufstellung der Bindungstheorie ganz besonders bestätigt durch Beobachtungen bei Säugetieren. Neugeborene brauchen zu einer gesunden Entwicklung auch bei Säugetieren einen Kontakt zur Mutter, der über die Befriedigung von Hunger und Durst herausgeht. Eindrücklich sind die Beobachtungen von H. E. u. M. K. Harlow, veröffentlicht 1957 (Montagu 1971), dass mutterlos aufgezogenen Affchen, denen eine Drahtgestellmutter zur Verfügung gestellt wird, die Milch gibt, aber auch eine mit Pelz umhüllte künstliche „Mutter“, die keine Milch gibt, sich offensichtlich angeschmiegt bei letzterer geborgen fühlen und nicht dort, wo sie die le-

bensnotwendige Nahrung erhalten. Mutterlos aufgezogene Ratten entwickeln sich gesundheitlich signifikant besser, wenn sie vom menschlichen Betreuer immer wieder einmal angefasst werden (in: Montagu 1971). Wenn in unserer Familie junge Welpen aus einer Zucht mitgenommen wurden, um sie bei uns als Haushunde aufwachsen zu lassen, jammerten sie, wenn allein gelassen, immerfort, auch wenn sie, mit der Flasche gefüttert, gesättigt waren, bis sie von Menschenhänden gehätschelt wurden. Auch viele weitere Beobachtungen an Menschen und Tieren zeigen, dass die „Beziehung zu anderen" – wie psychoanalytisch formuliert wird: „zu Objekten" – nicht allein durch triebhafte Bedürfnisse reguliert wird, wie die psychoanalytische Betrachtungsweise ursprünglich angenommen hat, sondern auch durch das rein emotionale Erlebnis einer Zuwendung, übrigens nicht allein durch elterliche Betreuungspersonen, sondern auch durch Geschwister, *was bestätigt, dass es beim Bindungsbedürfnis nicht nur um Geborgenheit, Schutz und Sicherheit geht, sondern zudem ganz allgemein um Kontakt. Nach John Bowlby ist das Bedürfnis nach Zuwendung bei Tieren und Menschen offensichtlich biologisch verankert wie Hunger und Durst und vermutlich auch evolutionär bedeutsam.

Weinen, Rufen, Aufsuchen, Nachlaufen, Sich-Festhalten sind bindungssuchende Verhaltensweisen. Nicht nur, wie ganz offensichtlich, Säuglinge und Kleinkinder, sondern Menschen überhaupt, also auch Jugendliche und Erwachsene, sind nach der Bindungstheorie «darauf angelegt», bei Unsicherheit, Gefühl der Isolierung, erst recht bei Angst und Schmerz, die Zuwendung einer vertrauten Kontaktperson zu suchen und bei dieser, nur schon durch das Aussprechen des Unwohlseins Erleichterung und Geborgenheit zu finden. Bleibt das Bedürfnis nach dem, was Bowlby «Bindung» [„attachment"] nennt, in der frühen Kindheit unbefriedigt oder mangelhaft befriedigt, kann das zu einer gestörten Beziehungsfähigkeit bei Jugendlichen und Erwachsenen führen. Wenn wir als wesentliches Kennzeichen der Tiefenpsychologie die Annahme betrachten, dass gewohnheitliche Erlebens- und Verhaltensweisen auch bei Erwachsenen häufig durch Kindheitserlebnisse geprägt sind, so gehört die Bindungstheorie zur Tiefenpsychologie. Es schließt dies nicht aus, dass auch spätere einschneidende Ereignisse, besonders Verlusterfahrungen, die Beziehungs- und Bindungsfähigkeit beeinflussen können.

Eine einfühlsame Mutter hat auch emotionales Verständnis für das Erkundungsverhalten des halb- und mehrjährigen Kindes sowie sein Bedürfnis nach Kontakt auch zu Geschwistern und Gespielen. Beobachtungen weisen darauf hin, dass Mütter, deren Bindungsbedürfnis in ihrer Kindheit nur mangelhaft befriedigt worden ist, häufig gegenüber ihren eigenen Kindern wenig «einfühlsam» sind. Es gibt aber unten ihnen Mütter, die trotzdem das Bindungsbedürfnis ihrer Kinder einfühlend befriedigen.

4.3 Die Bindungsqualität

Situationen, ergab drei oder vier Arten von Bindungsqualitäten (Dornes 2000). Da Erlebnisse in der Kindheit prägende Bedeutung haben, können die verschiedenen Arten der Bindungsqualität zu bestimmten Neigungen bei Beziehungen im Erwachsenenalter führen

(1.) Es gibt Kinder, deren Bedürfnis nach Nähe zu einer vertrauten Person im ersten Lebensjahr problemlos erfüllt worden ist. Ihre Mütter waren «feinfühlig», d.h. sie haben das Verhalten ihrer Kinder verständnisvoll wahrgenommen und prompt und angemessen darauf reagiert. In der Bindungstheorie wird in diesem Fall von einem «sicher gebundenen Kind» gesprochen. Es besteht ein positiv-stabiles oder sicheres Bindungsverhältnis. Bei seinen erkundenden Ausflügen in die Umwelt weiß das Kleinkind, dass die notfalls schützende und sichernde Mutter im Hintergrund ist.

(2.) Es gibt Mütter, die hinsichtlich ihrer Reaktion auf das Bedürfnis der Kinder unzuverlässig sind, einmal dem Kind entgegenkommen, dann wieder nicht, vielleicht auch selbst ängstlich sind und dann unangemessen überbehütend reagieren. Es besteht ein unzuverlässiges Bindungsverhältnis. Bindungstheoretiker sprechen von einem „unsicher-ambivalent gebundenen Kind". Der Ausdruck «ambivalent» ist aber nicht so ganz zutreffend ist (siehe auch unten). Ein nach seinem Temperament robustes Kind mag sich diesen Umständen anpassen und herauszufinden suchen, wann die Betreuungsperson gut ansprechbar ist und wann nicht, wie es sein Bedürfnis auf die für eben diese Person eindrücklichste Art kundtut, vielleicht indem es lauter schreit oder aber nur wimmert statt schreit oder zur Mutter hingeht statt Laut zu geben. Es gibt Kinder, die entdecken, dass die Betreuungsperson es abweist, wenn es sich an sie schmiegen will, aber ihm gerne einen Leckerbissen gibt, wenn es Geborgenheit sucht. Es gibt auch Eltern, die den Kindern gegenüber übermäßig leistungsbetont sind. Nach den Erfahrungen von Bindungstheoretikern entwickeln sensible Kinder häufig unter solchen Umständen eine ausgesprochene Neigung, sich an die Betreuungsperson anzuklammern, was zu einer systemischen Eskalation führen kann: Je mehrt das Kind sich anklammert, umso eher weicht ihm die Mutter aus usw.

(3.) Es gibt schließlich Mütter, die auf das Bedürfnis nach Nähe ihrer Kinder kaum eingehen oder sogar die Kinder abwehren, wenn sie Nähe bei ihnen suchen. Es besteht ein versagendes Bindungsverhältnis. Bindungstheoretiker sprechen von einem «unsicher-vermeidenden Kind», obgleich es nicht das Kind ist, das vermeidet. Wenn das Ein- oder Zweijährige bei seiner Umwelterkundung die Treppe hinunterfällt und den Kopf aufschlägt, mag eine solche Mutter, wie ich als Beobachter erlebt habe, sich denken: «Mein Kind muss lernen, selbst mit solchen Unfällen zurecht zu kommen. Es ist nicht gut, wenn ich es verwöhne, indem ich es, wie ich bei der Nachbarin gesehen habe, auf den Schoß nehme und den schmerzenden Kopf streichle!» Die Nachbarin hat das ausgeübt, was in der psychotherapeutischen Fachsprache nach Bion als «Containment» bezeichnet wird. Sie nahm das Kleinkind auf den Schoß, strich ihm über den Kopf und sagte vielleicht: «Heile, heile – Segen – schmerzt dem Kindchen nimmermehr!». Es besteht nicht die Sicherheit, aber die Wahrscheinlichkeit, dass das Kind der Mutter, die es keinesfalls verwöhnen wollte, später Schmerzen hilflos ausgeliefert ist, während das Kind der Nachbarin sich in seinem Schmerz verstanden fühlt und durch Verinnerlichung der tröstenden Mutter später Schmerzen ganz von sich aus erlebnismäßig zu mildern vermag. Es gab Zeiten, da wurde empfohlen, einen Säugling, der nachts immer wieder schreit und gestillt werden will, schreien zu lassen, damit er nicht verwöhnt werde, was heute, ganz im Sinn der Bindungstheorie, als grausam gilt. Das

Kind fühlt sich isoliert und wird lernen, sein Unwohlsein und sein Bedürfnis nach Nähe und Hilfe zu verdrängen. Das kann sich auf seine Beziehungsfähigkeit auch als Jugendlicher und als Erwachsener auswirken.

(4.) Ainsworth und andere Bindungstheoretiker fanden aber auch Bindungsverhältnisse, die nicht in dieser drei Kategorien unterzubringen waren und zählten diese zu einer vierten Kategorie, nämlich einer „desorganisierte/desorientierte Bindung". Ainsworth zählt dazu z.B. Bindungsverhältnisse, bei denen die Kinder sich ambivalent verhalten, z.B. auf die Mutter zugehen, aber mit abgewendetem Gesicht oder: sich auf den Schoß der Mutter setzen, aber mit Zeichen des Unwohlseins (Bornes, 2000). Ich würde in einem solchen Fall ganz einfach von einem ambivalenten Bindungsverhältnis sprechen. Auch ein Bindungsverhältnis, das durch Rollenumkehr gekennzeichnet ist, wird zu dieser Kategorie gezählt, d.h. wenn ein Kind sich fürsorglich gegenüber der Mutter verhält, also ein parentifzierendes Bindungsverhältnis. Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung, Feindseligkeit gegen das Kind, sozusagen „Anti-Bindung", wird von Bindungstheoretikern schließlich auch in die vierte Kategorie eingeordnet. Ich würde von einem traumatischen Bindungsverhältnis sprechen – oder vielleicht treffender Beziehungsverhältnis?– Die Aufstellung dieser vierten Kategorie zeigt, dass die «Bindungsdiagnostik» bei den Bindungstheoretikern vom didaktischen Bedürfnis nach einer Systematik geprägt ist, die den vielen psychologischen Möglichkeiten der Kind-Eltern-Beziehung eigentlich nicht gerecht wird.

Die Bindungsverhältnisse mit verschiedenen Betreuungspersonen, z.B. zur leiblichen Mutter und zur Tagesmutter kann verschieden oder gleich sein. Ich habe Patienten erlebt, bei denen entscheidend war, dass das Bindungsverhältnis zu einer außerfamiliären Bezugsperson sicher war, vielleicht zu einer Patin oder zu einer Nachbarin, bei der das Kind oft weilte, wenn die Eltern abwesend waren.

Wir müssen uns hüten zu sagen: «So macht es die Mutter richtig! So macht sie es falsch!» Es besteht eine Wechselwirkung zwischen einer bestimmten Mutter und einem bestimmten Kind. Die Mutter gibt es nicht; das Kind gibt es nicht. Auch ein Kind hat sofort nach der Geburt, wie jede Säuglingsschwester oder aufmerksame Mutter mehrerer Kinder bestätigen kann, seine individuelle Wesensart mit einer im Vergleich zu anderen Kindern verschiedener Ausprägung seiner Bedürfnisse und es hat seine verschiedenen Reaktionseigentümlichkeiten. Das eine brüllt beispielsweise, wenn seine Windeln nass sind, das andere scheint sich in nassen Windeln mit Wohlbehagen zu suhlen. Das eine Kind ist gegenüber Einflüssen der Umwelt robust, das andere sensibel, ebenfalls gegenüber Einflüssen der Mitwelt. Das Temperament und auch sonst die individuelle Wesensart eines Kindes prägt sich mit fortschreitendem Alter immer mehr aus. Überdies beeinflusst auch ein Kind mehr oder weniger gezielt und je nach Wesensart in verschiedener Hinsicht seine Mutter. Die Bindungstheorie ist meines Erachtens in der Praxis Bestandteil einer ⇗systembezogenen Betrachtungsweise einzuordnen.

4.4 Bindungstheorie und Psychotherapie

Die Bindungstheorie ist nicht ein psychotherapeutisches Verfahren wie die Psychoanalyse, die Individualpsychologie, die kognitive Therapie usw. mit ihren ganz bestimmten Vorstellungen, worauf neurotisches Verhalten beruht, sondern eine sozusagen übergeordnete Auffassung, wie dies aus der Schilderung des zweiten Beispiels hervorgeht. Es bestehen auch keine festen Beziehungen zwischen gestörten Beziehungsverhältnissen und später auftretenden neurotischen Symptomen. Die Geprägtheit durch «unzuverlässige Bindungsverhältnisse» in der Kindheit ist bei Phobien und aggressiven Störungen in der Adoleszenz höher als durchschnittlich; die Geprägtheit durch «versagenden Bindungsverhältnisse» ist bei Ängsten und Depressionen höher (Hauser u. Endres, 2000, S.159-162-176). Erfahrungen und Untersuchungen haben also ergeben, dass der Geprägtheit durch «positiv-stabile Bindungsverhältnisse» in der Kindheit «protektiv» wirksam ist, d.h. das Risiko, zu späteren mitmenschlichen Beziehungsstörungen erheblich mindert, ebenfalls das Risiko, bei Belastung neurotisch zu erkranken.

Durch Psychotherapeuten – gegebenenfalls auch durch Pädagogen – ist die Bindungstheorie beim Umgang mit einem gestörten Verhältnis zwischen Müttern und Kleinkindern immerhin sozusagen direkt beratend umsetzbar („Bindungstherapie"). Dabei sollte, wie von mir bereits angetönt, nach systemischen Kriterien behandelt werden sollte (⇗Systemische Betrachtungsweise). Beziehungsstörungen von Erwachsenen können manchmal mit Wahrscheinlichkeit auf eine Prägung durch gestörte Bindungsverhältnisse in der Kindheit zurückgeführt werden.

In beiden Fällen kann die Therapeutin bei länger dauernden Behandlungen durch ihr Verhalten sichere Bindungsverhältnisse zum Patienten schaffen und damit eine allfällige störende Prägung korrigieren. Ein Patient wird nämlich das Bindungsmuster, auf das er geprägt ist, in die Beziehung zum Therapeuten einbringen, weshalb die Bindungstheorie einen wichtigen Beitrag liefert zum Verständnis von Übertragung und Gegenübertragung in jeder therapeutischen Beziehung, also auch da, wo es um die Behandlung von Symptomneurosen geht. Hier liegt der Zusammenhang zwischen Psychoanalyse und Bindungstheorie. Anzustreben ist der Aufbau einer «sicheren» Bindung zwischen Patient und Therapeut, so dass sich der Patient in seinem So-Sein wohlwollend-ermutigend respektiert und akzeptiert, emotional «verstanden» erlebt. Spielen bei der zu behandelnden Störungen des Erlebens und Verhaltens unbefriedigende frühere Bindungserfahrungen mit, so betrachten die Vertreter der Bindungstheorie eine solche Begegnung zwischen Patient und Therapeut als für eine Heilung so wichtig wie Deutungen im Sinn irgend einer der erwähnten und anderer psychotherapeutischen Richtungen.

Natürlich wird der Abschluss einer langdauernden Therapie, die zu einem sicheren Bindungsverhältnis zwischen Therapeut oder Berater und Klient geführt hat, zu einem Problem, dessen Bewältigung eines besonderen Geschicks bedarf. Therapie und Beratung sollten aber das Bedürfnis nach Selbstständigkeit beim Klienten geweckt und seine Beziehungsfähigkeit zu im Alltag Nahestehenden gefördert haben.

Ein Therapeut ist aber, wie bereits erwähnt, nicht Bindungstheoretiker *ODER* Psychoanalytiker, Individualpsychologe, klientenzentrierter oder kognitiv orientierter Therapeut usw. Er ist ein Therapeut irgend einer Richtung, der die Bindungsfrage berücksichtigt oder nicht berücksichtigt. Nebenbei: Er kann auch die Bindungsfrage berücksichtigern, ohne die Bindungstheorie nach Bowlby zu kennen!

4.5 «Lieber negative emotionale Beachtung als keine Beachtung»?

Ich fand in der Literatur über die Bindungstheorie keine Andeutung der Erfahrung auch von mir als Psychotherapeut, dass eine ungenügende oder fehlende emotionale Beachtung des Kindes durch die Eltern durch das Kind durch ein unartiges oder rebellisches Verhalten erzwungen werden kann. Wie in der Transaktionalen Analyse gesagt wird: «Lieber negative emotionale Beachtung als keine Beachtung!» (⇗Transaktionale Analyse, 10,1).

5. Eine sichere Kind-Eltern-Bindung als Voraussetzung einer entwicklungsgerechten Mentalisierung

5.1 Was heißt «Mentalisierung»?

Es handelt sich um einen psychologischen Entwicklungsprozess vom Säugling bis zum Vier- oder Fünfjährigen mit dem Ergebnis, dass dieser sich schließlich als sich selbst oder, wie ich zu sagen bevorzuge, als Person erlebt – mit Gefühlen, Stimmungen, Wünschen, Absichten, Gedanken und Überzeugungen, die mit zunehmendem Alter erkannt und benannt werden können («Ich bin traurig!», «Ich bin wütend!», «Das ist lustig!»). Damit einher geht das Verständnis dafür, dass auch die Mitmenschen Gefühle, Absichten, Überzeugungen usw. haben, die sich zudem mit den eigenen nicht zu decken brauchen. Es geht um Verständnis dafür, was in mir vorgeht, und Verständnis oder Vermutung, was in anderen vorgeht. Als Fähigkeit fördert dabei eines das andere. Es kann auch, meines Erachtens sehr treffend, von der Entwicklung einerseits zur Introspektionsfähigkeit, andererseits zur Einfühlungsfähigkeit in andere gesprochen werden. Es wird die Mentalisierung auch als zunehmende «Selbst-Bewusstsein» umschrieben.

Ich lese als Beispiel von Eltern, die für irgend eine Unternehmung verspätet sind, sich beeilen müssen und nervös sind. Das zweijährige Kind kümmert das gar nicht; es kann sogar durch Trotz die Situation verschlimmern. Die Eltern finden, es sollte doch Verständnis für ihre Eile haben. Die Fähigkeit für ein solches Verständnis hat aber erst ein Vierjähriges. – Ein zweijähriges Kind kann auch die älteren Geschwister bei ihrem Spiel stören, z.B. ihnen den Turm umschmeißen, den sie mühsam errichtet haben, denn das hat es bereits «gelernt», dass es auf Gegenstände einwirken kann. Erst mit der Zeit lernt es, mit anderen «zusammen» zu spielen. – Verstecken-Spielen heißt zuerst nur Nicht-gesehen-Werden und sich Wieder-Sehen. Erst später genießt das Kind die Spannung, wie lange der andere wohl hat, bis er es findet.

5.2 Mentalisierung und «Bindungstheorie»

Die Mentalisierung geschieht im Umgang mit vertrauten Betreuungspersonen. Hier liegt die Beziehung zur Bindungstheorie. Eine einfühlsam auf das Kind reagierende Mutter fördert die altersmögliche Mentalisierung bei diesem: «Jetzt hast du sicher Hunger!», «Tut dir etwas weh?». Es wird angenommen, dass z.B. eine Borderline-Störung mit einer mangelhaften Mentalisierung zusammenhängen kann, weil die Bindungsqualität zwischen Säugling/Kleinkind und Mutter zu wünschen übrig ließ.

6. Literaturempfehlung

Manfred Endres und Susanne Hauser (Hgb.), *Bindungstheorie in der Psychotherapie*, Ernst Reinhardt, München, 2000 (180 Seiten).

INDIVIDUALPSYCHOLOGIE

nach Alfred Adler

Ein Kritiker der Individualpsychologie von Alfred Adler sagte, es handle sich «um eine etwas sehr einfache Betrachtungsweise» . Adler entgegnete, das sei ein großes Lob, wie er noch keines gehört habe. – Adler war kein theoretischer Systematiker, in der Wahl und Anwendung seiner Begriffe nicht konsequent und seine Überlegungen können sich in Einzelheiten widersprechen, was ich im Folgenden auch nicht übertünche. Die Grundzüge seiner Betrachtungsweise sind trotzdem klar und eindeutig.

1. Zusammenfassung

Die von Alfred Adler begründete individualpsychologische Betrachtungsweise geht davon aus, daß jedes Kind mit dem Gefühl aufwächst, im Vergleich zu den Erwachsenen, die soviel mehr können und von denen es vital abhängig ist, «minderwertig» zu sein. Daraus erwachse das Bestreben, es den anderen durch Leistung gleichzutun, also die scheinbare Minderwertigkeit zu kompensieren. Durch negative soziale Umstände, in denen das Kind aufwächst, durch eine allfällige körperliche Benachteiligung («Organminderwertigkeit») sowie durch eine extreme Haltung der Eltern – Überschüttung mit Liebe, Vernachlässigung, Haß, Verwöhnung oder Tyrannei – können diese Minderwertigkeitsgefühle sich stärker als gewöhnlich ausprägen und durch Leistungen nicht mehr ausgleichbar sein. Es kommt zu einer «Überkompensation» mit der Zielsetzung, allen anderen überlegen zu sein, zu einer, wie auch gesagt wird, Geltungssucht. Es kann dies angestrebt werden durch die Aufmerksamkeit, die der Betreffende immer wieder auf sich zu ziehen sucht, oder durch eine Machtstellung, die er erreicht, oder mindestens dadurch, daß durch Ausweichen vor Verantwortung jede Möglichkeit einer Niederlage vermieden wird – dies alles, wenn nicht im konkreten Alltag, dann doch mindestens in der Phantasie. Das Erleben und Verhalten aller Menschen mit seelischen Störungen lässt sich in individualpsychologischer Sichtweise erklären und verstehen, wenn es im Hinblick darauf betrachtet wird, mit welchen Mitteln das Ziel der Überlegenheit angestrebt wird. Dabei setzt Adler implizit, wie bereits gesagt, «Überlegenheitbestreben» der «Vermeidung von Niederlagen» in ihrer praktischen Bedeutung einander gleich.

Die Behandlung besteht in der Aufklärung, wie sehr die bisherige Erlebnisgeschichte dieses Bestreben wiederspiegelt und in der Ermutigung, das «Persönlichkeitsgefühl» in Einklang zu bringen mit dem «Gemeinschaftsgefühl», zu dessen Verwirklichung jeder Mensch die Anlage mitbringe.

2. Alfred Adler, der Begründer der Individualpsychologie

Alfred Adler (1870-1937) ist in Rudolfsheim, einem Vorort von Wien geboren und dort und später bei Schönbrunn aufgewachsen. Als Kind litt er an Rachitis und war dadurch körperlich behindert, litt also selbst unter «Organminderwertigkeit». Als Gymnasiast hatte er Schwierigkeiten mit Zeichnen und in der Mathematik. Er musste auch eine Klasse wiederholen. Einmal löste er eine außergewöhnlich schwierige Mathematikaufgabe und war von da an, der beste

Schüler im Fach Mathematik. Dieses Erlebnis schlug sich später in seinem Misstrauen gegenüber dem Begriff «Begabung» wieder. Er studierte Medizin und war nach dem Abschluss des Studiums 1897 zwei Jahre Assistent an einem Krankenhaus. Danach eröffnete er in Wien eine Praxis zuerst als Augenarzt, dann als Allgemeinpraktiker. Als solcher interessierte er sich zunehmend für neurologische und psychiatrische Probleme, wie sie auch eine Allgemeinpraxis mit sich bringt. Adler war zeit seines Lebens auch an Psychologie, Philosophie, Soziologie und Politik interessiert. Schon in der Studentenzeit bekannte er sich zum Sozialismus und stand dem Marxismus nahe.

Adler lernte im Jahr 1902 Freud kennen und nahm von da an interessiert an den regelmäßigen Diskussionsabenden des Kreises um Freud teil. Die Studie über die Rolle, die eine «Organminderwertigkeit» in der Entstehung von Neurosen spielen könne, nahm Freud noch hin, als aber Adler im Diskussionskreis die Wichtigkeit der kindlichen Sexualität bei der Entstehung der Neurosen verwarf und den sogenannten Ödipuskomplex als Ausdruck der kindlichen Selbstbehauptung gegenüber der elterlichen Autorität betrachtete, kam es zum endgültigen Bruch. Adler verließ mit acht Kollegen den Kreis um Freud und gründete eine eigene Schule.

Als Begründer der Individualpsychologie fand auch Adler in Europa wie in den Vereinigten Staaten große Anerkennung, vornehmlich in pädagogisch interessierten Kreisen. Seine Lehre von den Minderwertigkeitsgefühlen und dem Streben nach Geltung ist aus der angewandten Psychologie nicht mehr wegzudenken. Im Jahre 1934 übersiedelte er in die Vereinigten Staaten, wo er schon seit fünf Jahren eine Gastprofessur an der Columbia Universität in New York innehatte. Trotzdem hielt er sich häufig lehrend in Europa auf. Er starb im Mai 1937 an akutem Herzversagen in Schottland.

3. Beispiel

Das Beispiel stammt von Fritz Künkel (1889-1956), einem eigenständigen Schüler von Adler (Künkel 1929).

Zum Psychotherapeuten kam ein selbständiger Kaufmann von 35 Jahren, der seit Jugend zunehmend Hemmungen im Umgang mit Menschen hatte. Er konnte in seinem Geschäft nur noch schriftliche Arbeit erledigen, aber keine Kunden mehr empfangen. Auf die Einladung, Platz zu nehmen, wählte er den bescheidensten Stuhl, den er finden konnte.

Der Psychotherapeut erkundigte sich nach der «frühsten Kindheitserinnerung» des Patienten. Dieser erinnerte sich an eine Szene, die sich abspielte, als er etwa zwei Jahre alt gewesen sein soll. Er saß damals laut weinend auf einer Decke mitten im Kinderzimmer. Der Ball, mit dem er gespielt hatte, war weggerollt. Seine Mutter war nicht da, um ihm den Ball wieder zu geben. Der Patient war einig mit dem Therapeuten, daß es ihm damals als gesundes Kind möglich gewesen wäre, mindestens kriechend sich den Ball selber zu holen. Daraus schloß der Therapeut, der Patient sei wahrscheinlich von seiner Mutter sehr verwöhnt worden und dabei in einem Ausmaß von ihr abhängig geblieben, die nicht mehr seinem Alter entsprochen habe, was der Patient bestätigen konnte.

In der Folge fanden wöchentlich drei Besprechungen statt. In diesen wurde die Entwicklung seiner Wesenszüge und deren innerer Zusammenhang in gemeinsamem Gespräch herausgearbeitet. Das Selbstbild, das sich herausbildete, faßten Therapeut und Patient in zwei Sätzen zusammen: «Ich kann keinen selbständigen Schritt auf Erden tun!» und «Ich bin der beste und gehorsamste Knabe, den es nur geben kann!».

Zwar hatte der Patient den ehrlichen Wunsch, gesund zu werden, andererseits aber sträubte er sich gegen die Forderung, selbständig zu werden, denn er war ja (unbedacht) überzeugt, dies nicht zu können und deshalb bei Versuchen zu versagen. Neben dem «Gesundheitswillen» bestand also auch ein «Krankheitswille». Der Therapeut, der ihn ermutigen wollte, sein in der Kleinkindheit entwickeltes Selbstbild aufzugeben und zu einem Erwachsenen zu werden, wurde in den Widerstand miteinbezogen, denn er verlangte damit etwas vom Patienten, gegen das sich dessen «Krankheitswille» sträubte. Diese Widerstände wurden offen mit dem Patienten besprochen.

Es ging dem Patienten schließlich eindeutig besser. Er rechnete das der Suggestion seines Psychotherapeuten zu und rechnete mit einem baldigen Rückfall. Der Therapeut wies ihn darauf hin, daß der Patient auch jetzt noch, da es ihm besser ging, auf einer Abhängigkeit, nämlich vom Therapeuten als Suggestor beharre. Es wurde mit dem Patienten besprochen, daß eine Heilung nicht das Ergebnis einer Ursache, genannt «Psychotherapie», ist, sondern daß diese ein Mittel ist, dessen sich der Patient bedienen kann, um Hindernisse abzubauen, die ihm den Weg zur Heilung, die «ein schöpferischer Akt» ist, versperren.

Nach vier bis fünf Monaten waren die gröbsten Schwierigkeiten im Leben des Patienten verschwunden; er wusste nicht wann und warum. Er war nun selbst der Meinung, daß er weiter allein seinen Weg suchen könne, wenn er auch beunruhigt war, daß er dann die Stütze der Behandlung, an die er sich gewöhnt hatte, würde entbehren müssen. Das letzte was Therapeut und Patient besprachen, war die Erwartung, daß mit dem Erreichten die Heilung nicht ein für allemal «fertig» sei, sondern daß der Patient auch weiterhin werde immer wieder neu an sich arbeiten müssen.

4. Grundannahmen der Individualpsychologie nach Alfred Adler

4.1 Einheit der Persönlichkeit

Die Individualpsychologie setzt die Einheit der Persönlichkeit voraus, d.h. alle Lebensäußerungen und Ausdrucksformen eines Patienten liegen auf einer Linie, nämlich der Linie, die er in seinem Leben verfolgt. Es gilt diese auch für die Träume. im Wachen oder schlafend, könnten wir sagen, strebt der Neurotiker nach Überlegenheit! Die «Linie», welcher er folgt, entspricht seinem «Lebensstil». Der Ausdruck «Individualpsychologie» ist von dieser Überzeugung herzuleiten (Individuum = Unzerteilbares). Wird im Erleben oder Verhalten von jemandem eine Zwiespältigkeit entdeckt, so wird diese Zwiespältigkeit an sich als ein «Charakterzug» gedeutet, der dem erwähnten Ziele dient, z.B. indem er eine selbstverantwortliche Entscheidung verunmöglicht, um der Gefahr einer «Niederlage» zu entgehen.

4.2 Lebensplan

Die «Linie» oder der «Lebensstil» entspricht einem einheitlichen «Lebensplan», in den auch einbezogen ist, was häufig auf eine Anlage oder das Milieu zurückgeführt wird, vor allem aber auch alle Ausdrucksbewegungen, alles Fühlen, Denken, Wollen, Handeln, Träumen. Dieser «Lebensplan», bekommt seine Richtung durch ein Ziel. Von der Bedeutung, die dieses Ziel durchgehend für das Erleben und Verhalten des Patienten hat, weiß dieser aber nie etwas.

Adler legt großen Wert auf die Beobachtung der Art, wie jemand sein Anliegen vorbringt oder seine Vorgeschichte erzählt, um seinen Lebensstil zu erfassen. Er empfiehlt, gelegentlich gar nicht hinzuhören, was der Patient sagt, sondern nur auf seine Stimme zu hören und an seiner Mimik und seinen Gebärden zu beobachten, wie er es sagt, also nicht nur auf den Inhalt des Gesagten zu hören, sondern auch, wie allgemein in der Psychotherapie gesagt wird, den Mitteilungsprozeß zu beachten.

Den im einzelnen verschiedenen Lebensplänen liegt nach Adler eine gemeinsame «Dynamik» zugrunde: Ein Kind fühle sich nämlich immer minderwertig gegenüber Eltern, älteren Geschwistern und anderen. Bedingt sei dieser «Minderwertigkeitskomplex» durch seine vitale und emotionale Abhängigkeit und die Tatsache, daß die «Welt» offensichtlich für Erwachsene eingerichtet ist. Er löse ein Streben nach Überlegenheit aus. Der «Lebensplan» stehe in dessen Dienst, gebe dem Leben eine eindeutige Richtung und damit Halt und Sicherheit, bringe aber auch eine ständige, wie ich formuliere, «Wettbewerbsstimmung» und damit eine «kämpferische Tendenz» mit sich. Er störe die Unmittelbarkeit des Erlebens und führt häufig zu einer Verkennung der Realität. Wie auch ein Mensch erlebe und sich verhalte, – sei es stolz, herrschsüchtig, unduldsam, rechthaberisch, prahlerisch oder mutig oder aber auch bescheiden, unterwürfig, geduldig, nachgiebig, zurückhaltend oder feige – immer erlebe und handle er im Dienste dieses Lebensplans.

Adler stellt, ohne daß dies allerdings logisch gerechtfertigt wäre, das Streben nach Überlegenheit und die Vermeidung von Verantwortung, um Niederlagen zu vermeiden, einander gleich. Letzteres wird z.B. durch Pseudodebilität oder psychosomatische Störungen erreicht, die es erlauben, sich zu sagen, man wäre eben «eigentlich» doch der Erste, wenn nur ...

4.3 Gesunde und Kranke

Nach Adler findet sich diese «Dynamik des Seelenlebens» auch bei Gesunden, nur beim sog. Neurotiker oder Psychotiker ausgesprochener und auffälliger. Beim sogenannt Kranken sei das Ziel gleichsam maßlos; er strebe nach «Gottähnlichkeit». Er werde dann bald gezwungen sein, «das wirkliche Leben als einen Kompromiss zu fliehen, um ein Leben neben dem Leben zu suchen, bestenfalls in der Kunst, meist aber im Pietismus, in der Neurose oder im Verbrechen». Beim Neurotiker sei die Spannung zwischen Minderwertigkeitsgefühlen und dem Streben nach Überlegenheit größer als beim Gesunden. Es liege dies daran, daß in der Kindheit Umstände vorhanden gewesen seien, die zu einem verstärkten Minderwertigkeitsgefühl Anlaß geben mussten: Organschwächen und Organdefekte, eine besondere Familienkonstellation, erzieherisches Ungeschick der Eltern, als herabwürdigend erlebte soziale Umstände, zu denen auch gehören kann, daß sich ein Kind «nur» als Mäd-

chen erlebt. Solche Umstände führten nicht nur zu einer Kompensation, sondern zu einer nie zu befriedigenden «Überkompensation». Der «Nervösen» und Abartige ist in individualpsychologischer Sicht entweder ichhaft (Künkel) oder sogar asozial oder antisozial, der Gesunde hingegen wir-haft (Künkel), d.h. gemeinschaftsbezogen.

4.4 Gemeinschaftsgefühl

Gegenüber der Verstrickung in die Spannung zwischen Minderwertigkeitsgefühlen und kompensierendem Geltungsstreben besteht gleichsam ein Gegenpol, das, was Adler das «unsterbliche, reale, physiologisch begründete» Gemeinschaftsgefühl nennt. Aus diesem entwickelten sich, wenn es in der Kindheit zugelassen und gefördert werde, «Zärtlichkeit, Nächstenliebe, Freundschaft, Liebe»; sein Ziel sei das konkret nie erreichbare «Ideal einer menschlichen Gemeinschaft». Jede konstruktive und realitätsgerechte Lösung von Lebensproblemen setze einen gewissen Grad solchen Gemeinschaftsgefühls voraus. Sein Mangel zeige sich offen oder dann nur aus dem Erleben und Verhalten erschließbar durch Mutlosigkeit. Ein Mangel an Gemeinschaftsgefühl ist in individualpsychologischer Betrachtungsweise nicht etwa angeboren. Auch das Gemeinschaftsgefühl selbst sei eigentlich vorerst nur eine «angeborene Möglichkeit», die ganz besonders im Umgang mit einer verständigen Mutter, zur Entfaltung gebracht werden müsse. Die Individualpsychologie ist nach Adler «Wertpsychologie», indem sie alle Ziele und Bewegungsformen des Menschen am Ideal der menschlien Gemeinschaft messe.

4.5 Wichtigkeit der Kindheit

Die Individualpsychologie ist in dem Sinn Tiefenpsychologie, als sie annimmt, jeder Ursprung einer seelischen Auffälligkeit oder Störung liege in Schlüsselerlebnissen der Kleinkindheit. Dann schon wird der Lebensstil gewählt. Dabei habe das Kind die Freiheit, seinen Weg zu wählen, da ihm eine «freie schöpferische Kraft» gegeben sei. Es seien nicht eingeübten Reflexe oder angeborenen Eigenheiten, die den Lebensplan und sein Ziel bestimmen. Allerdings entwickle das Kind seinen Lebensstil in einer Zeit, in der es noch nicht über eine ausgebildete Sprache und klare Begriffe verfüge, womit ihm aber eben gerade auch eine kritische Reflexion nicht möglich sei. Später kann sich nach Adler jemand nur durch einen hohen Grad von Selbsterkenntnis, d.h. einer Erkenntnis, wie irreal bisher sein Selbstbild gewesen ist, oder dann durch eine tiefenpsychologische Therapie ändern.

Noch kann nicht von einem «verdrängten Unbewußten» gesprochen werden, sondern nur davon, daß für das Kind die Situation und die Wahl, die es treffe, um seinen Minderwertigkeitsgefühlen (illusorisch) zu entgehen, «seinem Verständnis entzogen seien». «Ein Unbewußtes» wie Freud und Jung als dem Bewußtsein gegenüberstehender Begriff kennen die Individualpsychologen nicht, sondern nur Unbewusstheit als Eigenschaft für bestimmte psychologische Gegebenheiten.

4.6 «Früheste Kindheitserinnerung»

Nach Adler sind auch Erinnerungen gezielt ausgewählt. Aus der Unzahl von Eindrücken, welche die Vergangenheit eines Menschen geschaffen haben, werden diejenigen ausgewählt, die dazu dienen, den «Lebensstil» und «Lebensplan» zu stützen, meines Erachtens

eine treffende Feststellung, die auch unter Psychotherapeuten leider noch nicht Allgemeingut ist.

Die Frage nach der frühesten Kindheitserinnerung, d.h. die Frage nach dem frühesten Ereignis, das gegenwärtig erinnert werden kann, war für Adler sehr wichtig; sie ist eine der Grundlagen der ⇗Individualpsychologischen Lebensstilanalyse und übrigens eine wertvolle Anregung für jede Psychotherapie. Adler: «Höchst aufschlussreich ist die Art, wie jemand seine Geschichte anfängt, der früheste Vorfall, an den er sich erinnern kann. Die erste Erinnerung zeigt seine grundsätzliche Lebensauffassung, die erste befriedigende Kristallisation seiner Einstellung. Sie gibt uns Gelegenheit, mit einem Blick zu übersehen, was er für den Ausgangspunkt seiner Entwicklung hält. Ich würde nie einen Menschen untersuchen, ohne nach der ersten Erinnerung zu fragen. Manchmal erhält man keine Antwort, oder es wird behauptet, man wisse nicht, welches Ereignis zuerst kam; aber schon dies ist bezeichnend. Wir können daraus entnehmen, daß dieser Mensch seine tiefsten Absichten nicht zu erörtern wünscht und daß er nicht zur Zusammenarbeit bereit ist. Im allgemeinen sind [aber] die Leute gerne bereit, über ihre ersten Erinnerungen zu sprechen. Sie betrachten sie als bloße Tatsachen und bemerken nichts von dem Sinn, der in ihnen verborgen liegt. Kaum jemand versteht eine erste Erinnerung, und die meisten Menschen können deshalb ihre Lebensabsichten, ihre Beziehung zu anderen und ihre Anschauungen über die Umwelt völlig sachlich und ohne alle Hemmungen durch den Spiegel ihrer ersten Erinnerungen mitteilen. Ein weiterer wichtiger Punkt ist, daß die Dichte und Einfachheit erster Erinnerungen Massenuntersuchungen begünstigt. Wir können eine Schulklasse auffordern, erste Erinnerungen niederzuschreiben; und wenn wir verstehen, sie zu deuten, bekommen wir ein äußerst wertvolles Bild von jedem Kind» (Adler 1931, S.65).

Siehe neben dem bereits erwähnten Beispiel meine Ausführungen unter «Individualpsychologische Lebensstilanalyse»!

4.7 Individualpsychologie als Humanistische Psychologie

Was den «Geist der Individualpsychologie» anbetrifft, so habe ich noch etwas beizufügen, was aus der reinen Theorie, wie ich sie bis jetzt geschildert habe, nicht hervorgeht, aber die Individualpsychologie doch ausgesprochen prägt und zwar, wie Titze (1978) richtig bemerkt hat, ganz im Sinn dessen, was dann später als «Humanistische Psychologie» bezeichnet wird: Jeder hat in sich die Anlage zum Gemeinschaftsgefühl, auch wenn es bei ihm noch unentwickelt sein sollte. Jeder Mensch ist so wichtig wie der andere, selbst wenn ich mit seinem Verhalten nicht einverstanden bin und es beanstande («Unterscheidung von Tat und Täter»). Jeder ist selbst verantwortlich dafür, wie er sich mit der Realität auseinandersetzt, wozu innere und äußere Einflüsse gehören. Seelische Störungen sind Hemmungen in der Entfaltung der dem Menschen naturgemäß mitgegebenen Möglichkeiten.

Was aber über die Humanistische Psychologie hinausgeht, ist die ideologische Ausrichtung. Dem Patienten soll ein «Ordnungsprinzip» vermittelt werden, nach dem er sich richten kann. Es wird von Titze in einem weiteren Sinn als «de-individualisierend» und «sozialisierend» bezeichnet, im engeren Sinn als «in ihren wesentlichsten Zügen» christlichen, humanistischen und seinerzeit bei Alfred Adler marxistischen Wertvorstellungen verpflichtet

(Titze 1979, S.205-207). Die marxistische Prägung spielt heute bei den meisten Individualpsychologen keine Rolle mehr.

5. Psychotherapie

Als Ziel der Therapie nennt Adler die Entfaltung des Gemeinschaftsgefühls und der Verzicht auf das Streben nach Sicherung und Macht (Adler 1914). An anderer Stelle schreibt er aber das Streben nach Überlegenheit sei «untilgbar». Es gehe darum, ihn mit dem Gemeinschaftsgefühl zu versöhnen, d.h. dieses Streben der Gemeinschaft dienstbar zu machen (Adler 1929/[2]1964).

Die klassische individualpsychologische Behandlung besteht zu einem guten Teil aus einer Belehrung oder Aufklärung. Dem Klienten wird die individualpsychologische Sichtweise am Beispiel seiner eigenen Erlebens- und Verhaltensweise und seiner eigenen Kindheitsgeschichte demonstriert. Dabei spielen eine besondere Rolle: die Erhellung der Folgen der Stellung in der Geschwisterreihe und die Familienkonstellation überhaupt, besonders auch der emotionalen Beziehung zu den beiden Eltern, dann die früheste Kindheitserinnerung, weiter die Erörterung von Umständen, die das für Adler selbstverständliche Minderwertigkeitsgefühl des Kindes verstärkten. Dazu kommt die Forschung nach dem auslösenden Moment für eine Neurose oder Psychose, für einen Selbstmordversuch, für sexuelle Abartigkeit oder Prostitution, für Delinquenz oder Süchtigkeit. Diese Auslösung sei immer eine Aufgabe, die sich dem Betreffenden gestellt habe, deren Lösung «Mitarbeit und Mitmenschlichkeit» verlangt habe, woran der Betreffende gescheitert sei. Die Behandlung ist ermutigend, denn Mutlosigkeit habe den Patienten scheitern lassen und lasse ihn immer wieder scheitern.

Großen Wert legen die Individualpsychologen darauf, daß sie final an die Erlebens- und Verhaltensweisen eines gesunden oder psychisch gestörten Klienten herangehen: Sie fragen sich, wozu er dieses oder jenes tue, was sein Ziel sei, was er erreichen möchte, ohne daß ihm dies bewußt sein muss. Berühmt ist die Frage an den Patienten: «Was würden sie tun, wenn Sie gesund wären?» Sagt dann der Patient: «Nichts anderes, als was ich jetzt tue!», so scheint er mit der Krankheit, wenn die Antwort ehrlich ist, nichts zu bezwecken, Grund, um z.B. bei anscheinend psychosomatischen Krankheiten nochmals zu prüfen, ob es sich nicht doch um eine überwiegend körperlich bedingte Krankheit handelt. Antwortet er: «Dann würde ich sofort meine Braut heiraten!», so wird damit der Verdacht geweckt, daß der Patient mit seiner Krankheit der Eheschließung entgehen möchte.

Wird dem Patienten das Ziel seines Verhaltens bewußt, nämlich anderen überlegen zu sein oder Niederlagen zu vermeiden, so steht ihm nach Adler die Entscheidung frei, sich weiterhin so zu verhalten oder aber sich derjenigen Werthaltung anzuschließen, die Adler als der menschlichen Natur gemäß betrachtet, nämlich sein Lebens gemeinschaftsbezogen zu bewältigen. Im Grunde genommen besteht aber für Adler kein Zweifel, daß ein Klient, der in die Zusammenhänge, wie sie sich einer individualpsychologischen Betrachtung darstellen, Einsicht hat, sich gar nicht anders entscheiden kann, als sich zu ändern. Wenn ihm diese Zusammenhänge klar geworden sind, sagt Adler, dann bleibe dem Therapeuten nichts mehr zu tun, als seine Hände in den Schoß zu legen und abzuwarten. Mit dieser Schlussfolgerun-

gen stimmen nun allerdings seine Schüler von heute nicht überein. Daß der Einsicht die tatsächliche Umstellung der Erlebens- und Verhaltensweisen im Alltag sozusagen automatisch folgt, trifft im allgemeinen nicht zu. Dazu brauchen die meisten Patienten, besonders wenn sie in ihrem alten Beziehungsnetz weiterleben, vorerst noch ermutigende und unterstützende Begleitung.

6. Gruppentherapie

6.1 Individualpsychologische Kleingruppentherapie nach Corsini (1971)

Die individualpsychologische Gruppentherapie ist ein «Therapie des Einzelnen in der Gruppe», wobei aber der Vergleich der einzelnen Schicksale die Darstellung der individualpsychologischen Betrachtungsweise fördert. Zudem können «fortgeschrittene Teilnehmer» als Hilfstherapeuten wirken. Die Grundsätze der Gruppentherapie sind keine anderen, als sie in der Einzeltherapie geläufig sind. Der Teilnehmer hat bestimmte Verhaltensweisen entwikkelt, die sich vor allem in Krisensituationen im Leben wie in der Gruppe zeigen werden. Diese muß der Therapeut aus dem, was der Patient aus seiner Kindheit und aus seinem gegenwärtigen Alltag – im Leben mit der Familie, mit dem Arbeitgeber, mit den Arbeitskollegen – berichtet und aus seinem Verhalten in der Gruppe erschließen. Der Therapeut hat im Sinn der individualpsychologischen Betrachtungsweise die verborgenen Ziele des Patienten, deren dieser sich nicht bewußt ist, aufzudecken. Damit wird dieser vor die Entscheidung gestellt, sie zu ändern und damit gesund zu werden.

Der individualpsychologisch vorgehende Gruppentherapeut geht, von seiner Betrachtungsweise überzeugt, direktiv, ja doktrinär vor. Er wendet sich an die Einsichtsfähigkeit des Klienten. Er kann nach Corsini jemandem, der in der Gruppe hartnäckig schweigt, z.B. fragen: «Machst du das, um Aufmerksamkeit zu erregen?» und rechnet mit einem Aha-Erlebnis des Gruppenteilnehmers, das es ihm unmöglich mache, weiterhin hartnäckig zu schweigen. In dieser einfachen Schlussfolgerung, eine Einsicht verändere gleichsam automatisch das Verhalten, ist Corsini ein getreuer Nachfolger Adlers. Viele Individualpsychologen sehen es auch als Aufgabe an, den Patienten zu ermutigen, verändertes Verhalten in der Gruppe und im Alltag neben der Gruppe auszuprobieren und zu üben! – Ein Transaktionsanalytiker würde sagen, die oben als Beispiel wiedergegebene Frage (statt einer Ich-Aussage!) von Corsini sei Aufforderung zu einem manipulativen Spiel, das der Gefragte mit einem einfachen «Ja» abbrechen könnte! (⇗Transaktionale Analyse, 6).

6.2 Individualpsychologische Großgruppentherapie nach Rattner (1972b)

Die Gruppen, mit denen Rattner, der frühere Mitarbeiter von Liebling in Zürich, in Berlin arbeitet, umfassen durchschnittlich 180 Teilnehmer, überdies sind beliebig Gäste zugelassen. Ein und derselbe Teilnehmer darf auch in derselben Woche sich an mehreren Gruppen beteiligen. Meistens beschäftigt sich die Gruppe während zwei oder drei Sitzungen mit der Charakteranalyse eines Teilnehmers. Indem, wer will oder wer von Rattner dazu aufgefordert wurde, dem Betreffenden Fragen stellt, wird der Charakter des Betreffenden und vor allem auch die Geschichte seines Charakters, der nach Rattner immer in Kindheitserlebnissen wurzelt, erhellt. Es gehört zur Aufgabe des Leiters, die Teilnehmer durch Vorbild und Anlei-

tung zu lehren, psychologisch gezielte Fragen zu stellen und aus dem «Material» dann die richtigen Schlußfolgerungen zu ziehen. («Richtig» heißt für Rattner: «gemäß der Auffassung von Alfred Adler»).

Die Teilnehmer der Großgruppen treffen auch außerhalb der Gruppensitzungen zusammen, essen gemeinsam, treiben zusammen Sport, leben teilweise in Wohngemeinschaften usw. (Titze 1979, S.207).

Die Elemente und Zielsetzungen der Gruppentherapie, die der Autor aufzählt, gelten mit entsprechenden Abwandlungen für alle Methoden tiefenpsychologisch orientierter Gruppentherapie, weswegen ich sie hier erwähne:

(1.) Katharsis durch Bekenntnis *(bei den Großgruppen von Rattner kann wohl schon beinahe gesagt werden: durch öffentliches Bekenntnis); (2.) Erlebnis, mit allen Mängeln und Fehlern akzeptiert zu werden; (3.) Einsicht in das Werden und das Wesens des eigenen Charakters und der eigenen Neurose durch (bei Rattner: individualpsychologische) Deutungsarbeit aller Beteiligten; (4.) Abbau von Abwehr, Rationalisierung, Projektion und Verdrängung (alles wohl im Sinn des allgemeinen und nicht des psychoanalytischen Sprachgebrauchs verstanden), Abbau von Scham, Ekel, Angst und statt dessen Einsatz von Vertrauen, Offenheit, Redlichkeit bei der kritischen Auseinandersetzung mit Triebregungen und Umweltfaktoren; (5.) Ichstärkung, worunter Rattner unter anderem folgendes versteht: Angstfreiheit und Mut durch das Erlebnis der Zugehörigkeit, Beziehungsfähigkeit und Bereitschaft zum Dialog, Solidarität, «normale» Sexualität, ausgeglichenes Temperament, Menschenkenntnis als «eine der wertvollsten Chancen der Gruppentherapie» sowie Selbsterkenntnis, Vorurteilsfreiheit, Non-Konformismus, Flexibilität, Arbeitsfähigkeit; (6.) Abbau von starren Überich-Forderungen durch Einwirkung eines wohlwollenden und verständnisvollen «Gruppen-Überichs»; (7.) Wir-Erlebnis durch Teilhabe, Kommunikation und Kooperation anstelle von Vereinsamung und Abkapselung; (8.) Aufklärung, d.h. eine verstandesmäßige, wenn auch von Emotionen begleitete ideologische Umorientierung und zwar ohne Scheu vor direktiver Beratung; (9.) Wahrnehmungskorrekturen im Sinn einer unvoreingenommenen Realitätsprüfung, wozu auch die Korrektur des Selbstbildes gehört.

Dies alles führe (1.) zu einer Wandlung durch «neue Spontaneität», zu «Haltungs- und Verhaltensänderung», (2.) zu schöpferischem Denken und Fühlen durch Förderung von Autonomie und Produktivität, wie sie die bisher besprochenen Erlebnisse mit sich bringen, und die oft als «Verbesserung der Intelligenzleistung» imponieren, (3.) zu Reife und Verantwortung im Sinn «ethischer Praxis», ausgerichtet nach dem Idealbild eines integrierten, autonomen, sozialen und humanen Menschenbildes und eingeübt durch Mitdenken und Mitfühlen, Kooperation und Hilfsbereitschaft, Lebens- und Menschenfreundlichkeit, wobei appelative, stützende und ermutigende Beeinflussung des Patienten durchaus am Platz sei.

8. Literaturempfehlung

Zu einem eingehenderen Studium der Individualpsychologie empfehle ich das Taschenbuch von Robert F. Antoch, Von der Kommunikation zur Kooperation, Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt a.M. (270 Seiten). – Ein ausgezeichnetes, sehr umfangreiches Handbuch zur Individualpsychologie haben Heinz L. Ansbacher und Rowena R. Ansbacher herausge-

geben: *Alfred Adlers Individualpsychologie: Eine systematische Darstellung seiner Lehre in Auszügen aus seinen Schriften*, Ernst Reinhardt, München/Basel, 1972 (445 Seiten)

INDIVIDUALPSYCHOLOGISCHE LEBENSSTILANALYSE

unter besonderer Berücksichtigung der Auslegung der sogenannten «frühesten Kindheitserinnerungen»

Es gibt verschiedene Verfahren der Lebensstilanalyse von Schülern von Alfred Adler. Im Folgenden beschreibe ich ein solches, in denen Szenen aus frühesten Kindheitsjahren im Vordergrund steht. Eine andere Methode der Lebensstilanalyse ergibt sich aus den Situationen, in denen sich der Patient besonders gut oder besonders schlecht fühlt (Titze 1979) oder aus der Beantwortung ausführlicher Fragebogen (Thorne nach Titze). – Vorausgesetzt werden Kenntnisse über die ⇗Individualpsychologie nach Alfred Adler.

1. Zusammenfassung

In den letzten Jahrzehnten wurde die bereits von Alfred Adler, dem Begründer der ⇗Individualpsychologie, angeregte Lebensstilanalyse methodisch fortentwickelt. Sie steht heute bei vielen Individualpsychologen diagnostisch und therapeutisch im Vordergrund. Sie besteht darin, dass der Therapeut und sein Patient oder der Berater und sein Klient gemeinsam versuchen, das in der frühen Kindheit durch Schlüsselerlebnisse begründete Selbst- und Weltbild zu entdecken, das seinem Erleben und Verhalten auch heute noch zugrundeliegt. Dieses wird mit der Realität «hier und jetzt» verglichen. Damit verbundene Verkennungen der Realität können in der Folge korrigiert werden. Statt von Lebensstilanalyse könnte auch von der Analyse der Lebensleitlinien oder der Analyse des Lebensplanes gesprochen werden.

Die Lebensstilanalyse stützt sich nach Witta (1977) und Titze (1979) in erster Linie (1.) auf die sogenannten «frühesten Kindheitserinnerungen», dann aber auch (2.) auf die Art des Leidens, wegen dessen der Klient oder die Klientin zur Beratung oder Behandlung kommt, (3.) auf dessen Lebensgeschichte, wie ich genauer sagen möchte: auf dessen Erlebnisgeschichte, (4.) auf die Beobachtung seines Verhaltens in der Sprechstunde, (5.) auf die Nachtträume und Tagträume in der Kindheit und in der Gegenwart, (6.) auf die Atmosphäre in der Herkunftsfamilie, auf das Erzieherverhalten der Eltern und auf die Familienkonstellation und (7.) auf die damaligen Lieblingsgeschichten u.a.

2. Zur Auslegung der «frühesten Kindheitserinnerungen»

Ich gehe im Folgenden nicht nur deshalb besonders eingehend auf die Auslegung der «frühesten Kindheitserinnerungen» (genauer: Erinnerungen an die früheste Kindheit) ein, weil sie «das wichtigste Material» (Titze) zur Lebenstilanalyse bilden, sondern weil die Auslegung der Kindheitserinnerungen meines Erachtens für Psychotherapeuten jeder Richtung aufschlussreich ist.

Die Frage nach «frühen Kindheitserinnerungen» zielt nach Erinnerungen an frühe Szenen, die noch visuell vergegenwärtigt werden können. Manche Individualpsychologen setzen als Altersgrenze das fünfte Lebensjahr, andere lassen Erinnerungen bis zum zehnten Lebensjahr zu. Ich frage nach den frühesten Erinnerungen aus der Vorschulzeit. Adler legte Wert auf die früheste, also auf eine Erinnerung (⇗Individualpsychologie). Bei der Lebensstilanalyse wird allgemein nach mehreren frühen Erinnerungen gefragt. Es ist dann manchmal

möglich, eine Entwicklungslinie aufzudecken. Wird etwa das 5. Altersjahr als oberste Grenze gesetzt, werden durchschnittlich etwa fünf Erinnerungen erzählt. Immer soll nach den Gefühlen gefragt werden, welche die Erinnerung begleiten.

Manche Individualpsychologen legen wert darauf, dass es «echte Erinnerungen» sind, also konkret vorgefallene Ereignisse. Anderen ist es gleichgültig, ob die Erinnerungen, ohne dass dies dem Erzähler bewusst sein muss, aus einer Erzählung der Eltern konstruiert oder gar frei phantasiert sind. Gefragt wird aber nach Erinnerungen. *Wichtig ist allein, dass es Szenen sind, die dem Patienten jetzt als frühe Kindheitserinnerungen einfallen, denn was ihm jetzt einfällt, hängt mit seiner gegenwärtigen Haltung zusammen!

Es hat sich bewährt, die «frühesten Kindheitserinnerungen» vom Klienten aufschreiben zu lassen und ihn nicht abzufragen, um jede Suggestion zu vermeiden. Die Auslegung «früher Kindheitserinnerungen» ist ein schöpferischer Vorgang, d.h. eine Kunst und keine «Technik». Sie setzt Erfahrung, Menschenkenntnis und Intuition voraus. Sozusagen aus jedem Wort und Satz kann etwas abgelesen werden, was aber seinen Akzent doch in Bezug auf die ganze Erinnerung erhält.

Bei der Auslegung wird geachtet: auf das Selbstbild, das Bild von den anderen, das Weltbild, die Meinung über das Leben, worauf besonders aus dem begleitenden Gefühl geschlossen wird, auf die Absichten und Ziele und auf die Mittel, Methoden und Strategien, die der Patient einsetzen mag, um diese Ziele zu erreichen.

Ich pflege mir und dem Patienten folgende Satzanfänge vorzulegen, die nach dem Inhalt der Erinnerungen zu ergänzen sind: (1.) Ich bin... (z.B. weniger wert als alle anderen, misstrauisch, ängstlich, überheblich usw.); (2.) die anderen sind... (z.B. bedrohlich, hilfsbereit, abweisend, nicht an mir interessiert usw.); (3.) das Leben ist... (sinnlos, gefährlich, erfreulich, aufregend usw.); (4.) es ist für mich sinnvoll... (gemeint ist: sinnvoll, mich so oder so zu verhalten, z.B. immer korrekt zu sein, immer liebenswürdig zu sein, zu tun, was die anderen wollen, mich nützlich zu machen, mich zu drücken, keine Gefühle zu zeigen usw.).

Individualpsychologen interessieren sich ganz allgemein nach dem: (1.) Grad und der Art von Aktivität-Passivität (Tut etwas von sich aus; tut etwas, was ihm befohlen wurde; geht dem Leben entgegen oder wartet ab, bis das Leben auf ihn zukommt; ist dem Leben ausgeliefert usw.); (2.) Grad und Art der mitmenschlichen Beziehung (zu anderen vertrauensvoll oder misstrauisch; liebt Nähe oder hält Distanz; ist gerne mit anderen oder lieber allein; fühlt sich auf sich selbst gestellt oder als Glied einer Gemeinschaft usw.); (3.) Grad und Art des Mutes (Packt Schwierigkeiten an oder weicht ihnen aus; erreicht etwas oder kommt zu nichts; es lohnt sich immer oder es lohnt sich nie; gebe ich gleich auf oder versuche ich immer neu usw.).

Ich frage mich vor der Auslegung einer frühen Kindheitserinnerungen: «Wie würde ein Kind, bei dem dieses Ereignis das Schlüsselerlebnis für sein Selbst und Weltbild wäre, sich, die anderen, die Welt und das Lebens als Ganzes beurteilen?» Arbeitet der Klient bei der Auslegung mit, was die Norm sein sollte, so muss er sich von allen Vorstellungen über sich und die Welt, die er jetzt zu haben glaubt, frei machen und die Szene ungefähr so ansehen, wie wenn sie ein anderer Mensch ihm erzählen würde. Die zweite Frage, die ich mir stelle:

«Wie setzt sich ein Mensch, bei dem die Szene, die er erinnert, das entscheidende Schlüsselerlebnis wäre, mit sich, den anderen und der Welt auseinander, d.h. wie nimmt er wohl an, dass er am besten durch's Leben kommen wird, was wird er fürchten, was anstreben, was vermeiden, was aufsuchen?»

Nach Erfahrung individualpsychologischer Lebensstilanalytiker sind banale Erinnerungen im allgemeinen leichter zu deuten als solche an ausgesprochen traumatische Szenen. Spielte sich die als früheste erinnerte Szene nicht dort ab, wo die Familie wohnte, so bestehe die Vermutung, dass der Betreffende sich in der Familie nicht wohl fühlte. Treten in der Erinnerung weder die Mutter noch eine andere wichtige Beziehungsperson auf, so bestehe der Verdacht auf eine emotionale Störung, die damit zusammenhängen könnte, dass das familiäre Zugehörigkeitsgefühl sich nicht richtig entwickelt hat.

3. Analyse eines Fallbeispiels

(mit Bewilligung der Autorin weitgehend nach Marlis Witta, 1977)

3.1 Die Patientin

Die ungefähr 55 Jahre alte Patientin ist als ältestes Kind einer streng römisch-katholischen Familie aufgewachsen. Ihre Mutter führte ein eigenes Geschäft. Der Vater hatte in das Geschäft «eingeheiratet». Die Patientin wurde, nachdem sie einen ein Jahr jüngeren Bruder bekommen hatte, mit diesem und ihren später geborenen Geschwister von einem Kindermädchen betreut, das sie nicht sehr mochte. Gegen den Willen der Eltern, die sie als Nachfolgerin im Geschäft ausersehen hatten, ergriff sie eine andere berufliche Laufbahn. Sie lebt in einer glücklichen Ehe und hat zwei Kinder, verschiedengeschlechtliche Zwillinge, die jetzt 16 Jahre alt sind.

3.2 Erste Fragen der Therapeutin

Es liegt mir daran, die ersten Fragen der Individualpsychologin an die Patientin wörtlich zu erwähnen, da sie für das individualpsychologische Vorgehen und indirekt für die individualpsychologischen Überlegungen typisch sind.

Therapeutin: Weswegen kommen Sie zu mir? – Patientin leidet unter Depressionen, die plötzlich aufzutreten pflegen. Zwischen diesen depressiven Phasen hat sie Angst, diese würden wieder auftreten. Sie treten besonders auf, wenn der Mann abwesend ist. Die Patientin hat Angst, sie würde ihre Kinder falsch erziehen. Sie fühlt sich nirgends zugehörig und hat immer das Gefühl, sie würde von ihrer weiteren Umgebung nicht akzeptiert. – Therapeutin: Was würde geschehen, wenn Sie alle diese Probleme nicht mehr hätten?» – Patientin: «Oh, dann wäre es so schön wie in Schweden! Dort war alles anders! Ich hatte eine gute Stelle, wurde geschätzt, wir konnten viel reisen und hatten viele Freunde - ganz anders als hier. Die Leute sind dort viel freundlicher und entgegenkommender.

Kommentar: Es zeichnen sich nach diesem Gesprächsbeginn folgende Schwerpunkte ab: (1.) Zu Hause ist es schlecht; draußen ist es besser. (2.) Ich möchte geschätzt werden. (3.) Ich möchte frei und ungebunden sein. (4.) Ich möchte, dass die Menschen mich mögen und

mir entgegenkommen. - Dies alles zeigt aber noch nicht, vor was die Patientin sich mit ihren Symptomen schützen möchte.

Therapeutin: Was würde geschehen, wenn Sie keine Depressionen mehr hätten? – Patientin: Dann hätte ich gar keine Probleme mehr. Dann wäre alles so in Ordnung, wie es jetzt ist: Ich würde gerne den Haushalt erledigen; ich wäre ruhig und müsste nicht soviel Abwechslung suchen; es würde mir nichts ausmachen, auch allein zu sein.

Kommentar: Die Angst vor den depressiven Verstimmungen führen offensichtlich dazu, dass die Klientin allerhand unternimmt: zur Nachbarin geht, den Klub besucht, zur Psychologin geht usw. Die depressive Verstimmung braucht sie möglicherweise, um den «Hausverleider» zu erklären und um darzutun, dass sie mehr Zuwendung braucht. – Es besteht der Verdacht auf einen Verwöhnungsanspruch. Möglicherweise ist die Klientin in ihren ersten Lebensjahren umsorgt und verwöhnt worden. Der Wunsch nach Zuwendung ohne eigene Leistung sowie die Betriebsamkeit könnten darauf hinweisen, dass die Klientin von anderen oder vom Leben allgemein erwartet, sie sollten ihrem Leben einen Sinn gaben und ihr Erfüllung bringen.

3.3 Zur Familienkonstellation

Therapeutin: Haben Sie Geschwister? – Patientin: Ja, ich habe vier Geschwister. – Therapeutin: Wieviele Jahre sind die Geschwister auseinander? – Patientin: Ich bin die älteste. ein Jahr nach mir kam Josef, zwei Jahre nach ihm Antonia, die also drei Jahre jünger ist als ich. Wieder zwei Jahre später kam Margrit und fünf Jahr später Andres. Er ist zehn Jahre jünger als ich.

Kommentar: Nur kurz war die Klientin das einzige Kind. Bald wurde sie entthront. Jetzt stand sie vor der Wahl entweder sich mit einer typisch weiblichen Rolle zu profilieren oder aber mit dem Bruder zu rivalisieren und noch sogenannt männlicher zu werden als er. Wie aus weiteren Gesprächen hervorgeht, wählte sie anfangs die erste, dann die zweite Alternative.

Therapeutin: Erzählen Sie mir, wie Sie als Kind waren und wie Ihre Geschwister waren! – Patientin: Ich hatte die besten Noten in der Schule, weil ich hart arbeitete. Zuhause half ich viel. Ich wurde aber auch am meisten bestraft, denn die Mutter war ungerecht und hörte meine Entschuldigungen gar nicht an. Ich war ziemlich egoistisch und setzte meinen Willen durch, übte auch häufig Kritik an anderen, denn ich kam mir sehr benachteiligt vor und kam, was mein Liebesbedürfnis anbetrifft, zu kurz. Ich war humorvoll, idealistisch und setzte mir strenge Maßstäbe, was die Leistung anbetrifft. – Josef, der jüngere Bruder, hänselte mich oft. Ich war ihm an Intelligenz und Körperkraft nicht gewachsen. Er verunfallte mit 19 Jahren tötlich. Nun war vorgesehen, dass mit mir der noch jüngere Andres später das Geschäft übernehmen sollte. – Antonia war mir am ähnlichsten. Wir hatten gemeinsame Ansichten. Sie sah auch sehr auf Gerechtigkeit. Nur war sie in der Schule nicht gut und nachlässig. – Margrit war die dümmste und faulste. Wir sind überhaupt nicht ähnlich. – Andres wurde von der Köchin verpäppelt. Er war der schlauste, aber unzuverlässig und in der Schule auch

nicht gut. Ich musste ihm immer beistehen und mit ihm die Hausaufgaben erledigen, um ihm zu ermöglichen, die Mittelschule zu besuchen.

Kommentar: Im Vergleich zu den anderen Geschwistern sieht sich also die Klientin in der Position der Kämpferin, die sich alles hart erarbeiten muss, die ungerecht behandelt wird und zu wenig Liebe bekommt. Ihren Willen möchte sie aber durchsetzen. Bei ihrem Bruder Josef gelingt ihr das allerdings nicht. Sie glaubt, Männer hätten es schöner und die anderen Frauen würden es sich leichter machen. Der Gewinn fällt letztlich den Männern zu. Sie kann von niemandem etwas lernen, weil sie die älteste ist. Aber als Älteste ist sie auch etwas Besonderes und Einmaliges.

Therapeutin: Wer war der Liebling des Vaters? Wer war der Liebling der Mutter? – Patientin: Vielleicht war ich der Liebling des Vaters. Ich bin aber nicht sicher. Später allerdings hörte ich sagen, dass ich es gewesen sei. Wer der Liebling der Mutter war, weiß ich nicht. – Therapeutin: Was waren die Eltern und die anderen Hausgenossen für Leute? – Patientin: Meine Mutter war keine Mutter. Nie bekam ich Anerkennung. Immer war ich im Unrecht. Sie war eine Geschäftsfrau und dominierte die Familie. Sie war sittenstreng und religiös. – Mein Vater war ein sehr guter, positiver Mensch, sportlich, treu und gerecht. Er war ein verwöhntes Einzelkind gewesen. Er kam mit der Mutter gut aus. Wenn sie aber doch manchmal Auseinandersetzungen hatten, pflegte ich der Mutter recht zu geben. Heute sehe ich das als falsch an. - Ich war zweijährig, als Anna, das Kindermädchen, zu uns kam. Sie war zuvor im Ausland bei einer gräflichen Familie angestellt gewesen und wertete uns Kleinstadtkinder immer ab. Sie hatte sich besonders um mich zu kümmern. Ich mochte sie nicht. Sie blieb bei uns, bis ich 11 Jahre alt war. – Tante Cäcilie kochte bei uns. Sie war sehr lieb. Zu mir war sie gut. Aber sie war dumm und heiratete später einen Mann, der sie schlug. – Die Großmutter war gut, aber sie musste viel leiden, da sie an chronischem Rheumatismus erkrankt war. Sie war hübsch und spielte Akkordeon. Wegen ihrer Krankheit war sie später bettlägerig und ich war viel bei ihr, um ihr behilflich zu sein und sie zu unterhalten. Auch bei ihrem Tod war ich dabei. Dies war ein tiefgehendes Erlebnis. Ich habe das Gefühl, nicht genug für sie getan zu haben. – Therapeutin: Waren Sie eher dem Vater oder der Mutter ähnlich? – Patientin: Was meine sportliche Seite anbetrifft, bin ich meinem Vater am ähnlichsten. Er hätte einen Freund nie sitzen gelassen. Sonst erlebe ich immer wieder, dass ich meiner Mutter gleiche. Das ärgert mich jeweils sehr, denn ich möchte nicht so sein wie sie. Von den Geschwistern sind Andres und Antonia ihr ähnlich.

Kommentar: Die weiblichen Leitbilder der Klientin hatten alle negative Aspekte: Die Mutter zwar tüchtig und schön, aber negativ dominierend, abweisend und ungerecht; die Großmutter zwar hübsch und begabt, aber krank; Tante Cäcilie zwar lieb, aber dumm. Eigentlich möchte sie wohl so sein wie der Vater, doch damit erreichte sie wohl nichts. Vermutlich idealisierte die Klientin den Vater. Die Mutter scheint die markantere Beziehungsperson gewesen zu sein; vermutlich deshalb nahm sie bei Streitereien ihre Partei.

Therapeutin: Wie würden Sie in einem Sprichwort oder einer Redensart zusammenfassen, was bei Ihnen zu Hause Geltung hatte?– Patientin: «Bete und arbeite!» und beim Arbeiten hieß es natürlich: für's Geschäft. Beides wollte ich nicht!

Kommentar: Weil die Klientin dies nicht wollte, musste sie die Familie verlassen, während die anderen Geschwister in der Kleinstadt blieben, in der sie aufgewachsen waren und auch dort geheiratet haben. Es ist bezeichnend, dass sich die Klientin im Ausland wohl fühlte und nur dort eine gute Beziehung zur Arbeit fand. Sie sagte aber einmal: «Trotzdem ich immer wieder etwas Besonderes unternommen hatte, bin ich in den Augen der Geschwister heute nichts!»

3.4 Tagträume

Therapeutin fragt nach Tagträumen. – Patientin: Ich hatte immer sehr viele Tagträume. Als Kind war ich in den Tagträumen jeweils eine Prinzessin auf einem Schloss mit einem Schlosspark. Im Schlosspark hatte es einen Teich und viele Tiere. Von einem Schloss träume ich eigentlich heute noch. Später, nachdem Josef gestorben war, übte ich mich in Abhärtung. Ich wollte ein Indianer sein wie bei Karl May, ganz schmerzunempfindlich. Während der Pubertät träumte ich davon, etwas Bedeutendes zu leisten, z.B. in der Politik, vielleicht Bundestagspräsidentin zu werden, oder an einer Hochschule eine berühmte Dozentin zu sein, so dass alle zu mir kommen und mir zuhören.

3.5 «Frühe Kindheitserinnerungen»

Die erste Kindheitserinnerung erzählte die Patientin der Beraterin mündlich, die anderen schrieb sie zu Hause auf und brachte die Notizen zu den Besprechungen mit. Sie sollten in eine Zeit vor dem fünften Lebensjahr zurückreichen. Die Frage nach dem Gefühlsgehalt wurde erfragt, nachdem sie die Erinnerungen, wie sie aufgeschrieben hatte, erzählt hatte.

Die Großbuchstaben der zweite Kolonne beziehen sich auf bestimmte Themen, die sich in den Erinnerungen wiederholen.

I. (4jährig)
Ein uns bekanntes Kindermädchen kam zu unserer Anna auf Besuch. Sie gingen beide mit mir in die Kirche. Dort erklärte ihr Anna den Innenraum. Ich wollte Anna etwas fragen, aber sie schenkte mir keine Beachtung und sprach immerfort auf die Freundin ein. Ich zog sie am Kleid, ohne dass dies eine Wirkung hatte. Nach ungefähr drei Versuchen biss ich sie in den Finger. Sie schrie auf, hörte dann aber auf mich.

Gefühl: Langeweile in der Kirche; Befriedigung, dass ich mich getraut hatte, sie zu beißen; es tat mir leid, dass sie blutete - so stark wollte ich nicht beißen.

A: Ich war mit anderen zusammen, aber sie beachteten mich nicht.
B: Die anderen sollten auf mich achten, aber sie tun es nicht.
C: Ich interessiere mich für die Umgebung.
E: Wenn ich etwas will, mache ich mit Gewalt auf mich aufmerksam.
F: Dabei habe ich Erfolg und werde bemerkt.
G: Ich möchte aber gut sein und andere nicht verletzen.

II. (3jährig)
Wir hatten früher einen regen Umgang mit unseren Nachbarn. Diese hatten oft Besuch. Eines Tages gingen wir hinüber. Meine Mutter trug mich auf dem Arm. Dort war ein Mann, der

A: Ich bin Kontakt zu anderen Leuten gewohnt.
B: Ich habe gern, wenn ich mitgenommen und umsorgt werde.

einen Schnurrbart hatte. Man hieß mich, ihm ein Küsschen zu geben und meine Mutter hielt mich ihm entgegen und ich gab ihm einen Kuss. Darauf brach großes Gelächter aus und alle sagten, nun bekäme ich auch einen Schnurrbart.

Gefühl: Furchtbarer Schreck bei dem Gedanken, dass ich nun einen riesigen Schnurrbart bekommen würde.

D: Männer finden meine besondere Beachtung.
G: Ich möchte den anderen einen Gefallen tun.
H: Dabei werde ich hereingelegt und ausgelacht.
I: Ich bin wehrlos.
K: Ich bin den anderen ausgeliefert
F: Gutsein ist gefährlich.

III. (3jährig)

Eines Tages fuhren mein Vater, das Kindermädchen und ich mit dem Auto in die Stadt. Anna war mit mir in der Apotheke. Während ich durch die Glastür nach außen schaute, glaubte ich, den Wagen meines Vaters vorbeifahren zu sehen. Ich rannte hinaus und ihm nach. Bald verlor ich den Wagen aus den Augen, rannte aber immer weiter, unter anderem auch über einen schmalen wegen Bauarbeiten provisorischen Steg, der über den ziemlich reißenden Fluss führte. Die Polizei, die unterdessen benachrichtigt worden war, fand mich. Alles war in heller Aufregung, weil ich verloren gegangen und erst noch über den gefährlichen Steg gerannt war. Ich entsinne mich nicht, dass ich Tadel bekommen hätte. Ich bekam statt dessen eine große Brezel.

Gefühl: Von Freude überwältigt, dass ich den Vater gesehen hatte.

A: Ich bin mit anderen zusammen und werde mitgenommen..
B: Ich werde gerettet und umsorgt.
C: Ich interessiere mich für die Umgebung.
D: Mein Vater hat für mich eine besondere Bedeutung.
E: Wenn ich etwas will, tue ich alles, um es zu bekommen, selbst wenn es abenteuerlich und gefährlich ist.
F: Dabei kann ich allerdings verloren gehen.
G: Die anderen belohnen mich für die Tat.

IV. (3jährig)

Früher waren in unserer Gegend oft fahrende Leute, die Körbe herstellten. Sie pflegten in einem Wirtshaus einzukehren, das nahe bei unserem Wohnhaus lag. Einmal spielten wir vor dem Wirtshaus und sahen dort einige Wägelchen stehen, die mit Weidenruten beladen waren. Wir konnten der Versuchung nicht widerstehen und nahemen einige Zweige weg. Die Korbmacher müssen uns gesehen haben und kamen aus dem Wirtshaus. Wir liefen schreiend vor Angst in unser Haus, wo wir uns gerettet fühlten. Die Zigeuner schimpftenlaut. Wir mussten die Ruten zurückgeben und kamen mit dem Schreck davon.

Gefühl: Vor Schreck schreiend um mein Leben laufen.

A: Die Leute sind gesellig und auch ich bin mit anderen zusammen.
B: Ich werde gerettet (L.S.: ... rette mich).
C: Ich interessiere mich für die Umgabung.
E: Wenn mich etwas lockt, tue ich alles, um es zu bekommen, selbst wenn es verboten ist.
F: Doch dabei kann ich in Gefahr kommen.
G: Ich bekomme Beachtung und werde nicht gestraft.

V. (3jährig)
Aus unserem Schlafzimmer gelangte man durch eine bogenförmige Türöffnung in ein dunkles fensterloses Zimmer. Ein mal schickte mich Anna dorthin, um etwas zu holen. Ich war nie gerne in dieses dunkle Zimmer gegangen, aber nun machte jemand, noch bevor ich mich umgedreht hatte, «Huhuhuhuhu!» und ich erschrak zu Tode und begann zu heulen.

Gefühl: Ohnmächtige Wut.

E: Es gibt aber auch Bereiche, vor denen ich Angst habe (Umkehrung von früherem E).
F: Trotzdem ich wenig Angst habe, ist mir manchmal bei einer Unternehmung mulmig zumute.
G: Ich weigere mich nicht, wenn ich anderen einen Dienst erweisen kann und gehorche.
H: Die anderen legen mich herein und erschrecken mich.
I: Ich bin wehrlos.
K: Ich bin ihnen ausgeliefert.

3.6 Ausarbeitung des Lebensstils

Das Vertrauen der Klientin in die Mitmenschen scheint gestört. Die erste Erinnerung spielt sich nicht zu Hause ab, sondern in der Kirche, hat aber eine negative Färbung. Bestehen religiöse Probleme? In der zweiten Erinnerung spielt die Mutter eine Rolle und zwar in einer verwöhnenden Haltung. Hat die Klientin dort, wo sie verwöhnt wird, gute Beziehungsmöglichkeiten? Braucht sie, um Kontakt zu finden, dass ihr jemand entgegenkommt?

Obwohl die Klientin gerne mit anderen zusammen ist, fühlt sie sich nie ganz zugehörig. Sie gewinnt Beachtung, wenn sie etwas Unerwartetes tut. In der ersten Erinnerung verhält sie sich aggressiv, wobei es ihr aber nicht wohl ist, denn sie möchte ja liebenswürdig sein und andere nicht verletzen. Dass sie gut sein will, zeigt sich auch in den anderen Erinnerungen. Die Folgen allerdings sind nicht gut: Einen Liebesdienst erweisen - hereingelegt werden (Erinnerung II); dem Vater nachrennen - verloren gehen (Erinnerung III); etwas Abenteuerliches machen - verfolgt werden (Erinnerung IV); einem Auftrag nachkommen - erschreckt werden (Erinnerung V).

Von der zweiten Erinnerung ab, ist die Klientin nicht mehr aktiv, sondern beginnt eine innere Wut zu entwickeln. Es kommt von Erinnerung zu Erinnerung zur einer fortlaufenden Entmutigung bis zum Gefühl des Ausgeliefertseins (L.S.: scheint mir bei der Szene, als sie dem Vater nachrannte, nicht der Fall zu sein).

Erinnerung III und IV wiederholen die Meinung, etwas Außergewöhnliches tun zu müssen, damit sie beachtet wird. Neu kommt hinzu, dass sie von anderen gerettet wird. Erinnerung III hat ein glückliches Ende; Erinnerung IV enthält die Warnung, es nicht zu weit zu treiben. Wenn sie versucht, mit anderen etwas gemeinsam zu machen, wird sie missbraucht und verraten oder gerät in Gefahr.

Allen Kindheitserinnerung können wir entnehmen, dass es für die Klientin sehr wichtig ist, im Mittelpunkt zu stehen, dass sie interessiert und neugierig ist, dass sie liebenswert sein möchte, was ihr aber nicht gelingt, dass sie gerne etwas Aufregendes erlebt und aktiv am Geschehen teilnimmt. Sie geht in der Regel mutig an die Sache heran, doch fühlt sie sich den Folgen nicht gewachsen. Dieser Aspekt zeigt sich mit jeder Erinnerung stärker.

Wo die Mutter in Erscheinung tritt (II), zeigt sich ein starker Verwöhnungsanspruch. Dieser steht im Gegensatz zu dem, was die Klientin über ihre Mutter sagt. Wir dürfen deshalb annehmen, dass sie in der frühen Kindheit ausgesprochen verwöhnt wurde und vermutlich seit der Geburt des Bruders das Gefühl hat, dass das Schicksal ihr etwas schuldig bleibe. Sie hat offensichtlich Mühe, eine Frau zu sein. In den meisten Erinnerungen verhält sie sich so, wie es eher als knabenhaft gilt: Beißen, Davonlaufen, Abenteuer Bestehen, einen «Bandendiebstahl» Begehen, Angst Überwinden und Mut Beweisen. Sie schreckt aber vielleicht doch vor einer Identifikation mit dem männlichen Geschlecht zurück: Angst und nicht stolz, einmal einen Schnurrbart zu bekommen; bei Streit zwischen den Eltern die Seite der Mutter einnehmen.

3.7 Die Lebensstilsätze

Diese stützen sich auf die Kindheitserinnerungen, die Symptome, den Lebenslauf, die Familienkonstellation und die Tagträume:

1. a) Ich bin nur ein Mädchen
   b) und muss mir besondere Aufmerksamkeit verschaffen,
   c) sonst finde ich keine Beachtung.
2. a)Da ich mit anderen zusammensein und umsorgt werden möchte,
   b) muss ich gut sein und mich so verhalten, dass die anderen mir helfen;
   c) ich kann ihnen aber nicht vertrauen,
   d) denn sie sind ungerecht und manipulieren mich.
3. a). Das Leben ist ein Kampf und manchmal auch gefährlich,
   b). doch ich gebe nicht auf,
   c) schließlich bin ich etwas Besonderes.

Eine Problematik besteht im Widerspruch zwischen den Sätzen 2a/b und 2c/d. Andererseits ist die Patientin oft aktiv, aber erfolglos. Sie ist entmutigt und fühlt sich als Opfer. Erst wenn es ihr gelingt, ihre kindlichen Ansprüche nach Verwöhnung aufzugeben und ihr Misstrauen anderen gegenüber abzubauen, wird sie ein echtes Gemeinschaftsgefühl entwickeln und werden die depressiven Verstimmungen verschwinden.

3.8 Umstellung auf Grund der Lebensstilanalyse

Der Patientin wird einsichtig gemacht, dass jede ihrer Reaktionen nicht ohne weiteres aus dem hervorgeht, was ihr begegnet, sondern dass es ihre Entscheidung ist, wie sie reagiert, sogar, was für ein Gefühl sich einstellt. Es gilt dies erst recht, wenn das bisherige Selbst- und Weltbild und die daraus sich ergebenden Folgen für das Verhalten der heutigen Realität sich widersprechen. An Stelle unbewusster, aus der frühen Kindheit stammender Zielsetzungen lernt die Patientin, bewusst sich Ziele zu setzen und zu prüfen, inwiefern ihr Verhalten diesen entspricht oder widerspricht. Zur Umstellung braucht sie Ermutigung. Alternativen zum bisherigen Erleben und Verhalten, die sich konzentriert aus der Lebensstilanamnese ergeben haben, werden durch Patientin und Therapeut erarbeitet.

Dieser Teil der Behandlung gleicht weitgehend einer kognitiven Therapie wie bei der transaktionsanalytischen «Schulung des Erwachsenen-Ichs» nach Berne (⇗Transaktionale

Analyse), der rational-emotiven Therapie nach Ellis und der kognitiven Therapie emotionaler Störungen nach A. Beck (⇗Kognitive Therapie).

4. Literaturempfehlung

Das Buch von Michael Titze, *Lebensziel und Lebensstil: Grundzüge der Teleoanalyse nach Alfred Adler*, Pfeiffer, München, 1979 (S.335) schildert alle Gesichtspunkte, die bei einer Lebensstilanalyse zu berücksichtigen sind. Das Buch eignet sich mit dem hier von mir ausführlichen Beispiel von Marlies Witta sehr gut, um den individualpsychologischen Begriff des Lebensstils in Theorie und Praxis zu erfassen. Ausführlich mit vielen Literaturauszügen aus den Schriften von Alfred Adler wird der Begriff des Lebensstils abgehandelt im Handbuch, herausgegeben von Heinz L. Ansbacher und Rowena R. Ansbacher, *Alfred Adlers Individualpsychologie: Eine systematische Darstellung seiner Lehre in Auszügen aus seinen Schriften*, Ernst Reinhardt, München/Basel, 1972 (großformatig 445 Seiten)

ANALYTISCHE PSYCHOLOGIE

nach Carl Gustav Jung

Was «Analytische Psychologie», seltener «Komplexe Psychologie», genannt wird, umfasst alle Überlegungen von C. G. Jung, worunter nicht nur solche, welche die Psychotherapie betreffen, sondern auch kulturwissenschaftliche. Die Gedanken Jungs zu beiden Bereichen durchwirken sich untrennbar. Was er auf dem einen Gebiet entdeckt zu haben glaubt, beeinflusst seine Entdeckungen auf dem anderen. Dazu kommt, dass Jung nur mangelhaft oder überhaupt nicht naturwissenschaftliche, philosophische, psychologische, religionswissenschaftliche und theologische Überlegungen voneinander unterscheidet. Häufig setzt er Gegebenheiten, die nur Analogien sind, einander gleich. Die Begriffe, mit denen er vorzugsweise arbeitet und die er zum Teil selbst geschaffen hat, werden von ihm zudem sehr häufig unklar umschrieben und mehrdeutig definiert. Für einen Referenten, der einen einleuchtenden Überblick bieten möchte, sind diese Eigenheiten mühsam und verlangen, dass er ständig von sich aus deutet, was Jung schreibt. Der Kreativität von Jungs Überlegungen und Begriffsbildungen tut dies keinen Abbruch, vielleicht wird diese sogar dadurch gefördert.

1. Zusammenfassung

Ich beschränke mich in dieser Zusammenfassung auf psychotherapeutische Probleme in der Gedankenwelt von Jung. Ich beziehe mich aber nicht auf die psychologische Bedeutung des «Archetypischen» und verweise in dieser Hinsicht auf spätere Ausführungen. Didaktisch vereinfacht folgendes zu Jungs Auffassung von Neurosen und zu den Aufgaben der Alltagspsychotherapie:

Jung denkt (auch) in diesem Bereich in Polaritäten. Ein Mensch spezialisiert sich sozusagen in jungen Jahren. Nehmen wir an, er sei leiblich ein Mann. So wird er bei sich Eigenschaften entwickeln und differenzieren, die in seinem Kulturkreis zu seiner Zeit als «männlich» gelten. Er vernachlässigt als «weibliche» geltende Eigenschaften, die auch zur Menschlichkeit gehören, lebt sie nur nebenbei, gleichsam unverbindlich, wenn überhaupt. Er zeigt ein männliches Auftreten und kommt sich auch so vor. – Nehmen wir zudem an, er richte seine Entscheidungen nach logisch fassbaren rationalen Sachverhalten und vernachlässige die Beachtung von Gemütswerten.– Schließlich mag er ein Kollektiv-Mensch sein, d.h. gewöhnt, so zu sein wie die anderen, angepasst an die allgemeinen gesellschaftlichen Normen, und kein Individualist – und andere «Einseitigkeiten» mehr.

Für Jung typisch, dass er Charaktereigenarten auf diese Art «polar» sieht. Statt von einem «Charakter» könnten wir auch sprechen von der «Welt», in der jemand lebt. Auch diese «Welten» würde Jung polar sehen. Die Gegenseite ist vernachlässigt; bleibt undifferenziert und «primitiv», wird bestenfalls «nebenbei» und unverbindlich gelebt oder wird sogar verdrängt und in andere Menschen projiziert, insbesondere in solche, an die wir uns gebunden erleben und die wir nach Jung nicht selten zu Partnern wählen. Allgemeine Lebensumstände oder unausweichliche Begegnungen mit Nahestehenden «ganz anderen» bedeuten nach Jung eine Herausforderung, auch das «ganz andere» ernst zu nehmen und zu leben. Gelingt

dies nicht, komme es zu als krankhaft geltenden Störungen des Erlebens- und Verhaltens oder zu ernsthaften Fehlentscheidungen und Fehlhandlungen, vor allem auch zu Beziehungsstörungen, kurz: zu Neurosen.

Dasselbe sei aber auch der Fall, wenn eine von polaren Möglichkeiten radikal, absolut und extrem vertreten werde. Dann dränge sich die gegensätzliche «aus dem Unbewussten» auf, denn die «Funktion des Unbewussten» bestehe darin, über Träume, Phantasien, neurotische Symptome eine einseitige Haltung des Ich-Bewusstseins auszugleichen («zu kompensieren»).

Schließlich ist es nach Jung Aufgabe der Lebenswende, des altersmäßigen Höhepunktes des Lebens, Einseitigkeiten des Charakters und der individuellen Welt aufzuheben, zu überwinden, die «Paradoxie des Lebens» (ein beliebter Begriff bei Jung) «zu integrieren».

Ich erwähne hier noch, dass Jung zudem diagnostisch und therapeutisch wertvolle methodische Anstöße zur Psychotherapie zu verdanken sind, vor allem das Zeichnen und Malen und anderes «künstlerisches» Gestalten sowie die Anregung von Phantasien im Sinn von absichtlichem, bewusstem Wachträumen («Aktive Imagination»).

2. Carl Gustav Jung, der Begründer der Analytischen Psychologie

Carl Gustav Jung lebt von 1875 bis 1961. Sein Vater ist reformierter Pfarrer in einer Landgemeinde bei Basel, was nicht unwichtig ist, denn religiöses Erleben und religionswissenschaftliche Überlegungen spielen im Werk von Jung eine große Rolle. Er studiert Medizin, ist aber schon frühzeitig auch an Geisteswissenschaften interessiert, zudem an okkulten Erscheinungen. Als Oberarzt bei Eugen Bleuler an der psychiatrischen Universitätsklinik Burghölzli in Zürich wird er auf die frühen Arbeiten von Sigmund Freud aufmerksam, tritt in der Folge für die Psychoanalyse ein, an der auch Bleuler wohlwollend interessiert ist. Freud wird für Jung ein verehrtes väterliches Vorbild und für Freud wird Jung sozusagen zum Kronprinzen, d.h. wichtigsten Jünger und Stellvertreter, im Gegensatz zu den Mitgliedern des Wiener Kreises um Freud, weil er kein Jude und weiter weil er Psychiater an einer international anerkannten Klinik ist. Sie führen im Jahre 1909 gemeinsam die Psychoanalyse in den Vereinigten Staaten ein, wohin sie eingeladen worden sind.

Im Jahre 1912 erscheint eine ausführliche Arbeit von Jung, *Wandlungen und Symbole der Libido*, in der Jung von gewissen Grundgedanken von Freud abweicht, von Jung aus gesehen eine Ergänzung oder Erweiterung der Psychoanalyse. Es kommt in der Folge nicht nur wissenschaftlich, sondern auch menschlich zu einem Zerwürfnis mit Freud. Dieser ist sehr dogmatisch in seinen Ansichten und überzeugt, dass Jung aus konventionell-moralischen Gründen die wichtige Bedeutung der Sexualität im psychologischen Kräftespiel ablehnt; Jung fehlte es an Konzilianz, was seinerzeit schon zu menschlichen Schwierigkeiten mit Eugen Bleuler geführt hatte.

In den Jahren 1913 bis 1918, also vom 37. bis 43. Altersjahr ,wird Jung von beeindrukkenden Visionen «heimgesucht». Sie haben erlebnismäßig einen Wirklichkeitscharakter, welcher der «Wachwirklichkeit» in nichts nachsteht. Er lebte neben dem Alltag als Bürger, Ehemann, Vater, frei praktizierendem Psychiater und Psychotherapie gleichzeitig in einer

bedrängenden Welt von psychotischem Charakter. Im Rückblick vergleicht er diese Erlebnisse in einer «inneren Welt» selbst mit den Psychosen von Nietzsche und Hölderlin. Es gelingt ihm aber die eine von der anderen Wirklichkeit zu unterscheiden, wenn er auch selten, wie ich hier von mir aus formuliere, ein «Eindringen» der sonst «inneren» Wirklichkeit in die «äußere» zu erleben glaubt, so wie einmal die Hausglocke für die ganze Familie hörbar läutet, ohne dass jemand vor der Haustüre steht. Diese visionären Erlebnisse waren für Jung, wie er selber betont, entscheidend für die Gestaltung seiner Psychologie: «Meine gesamte spätere Tätigkeit bestand darin, das auszuarbeiten, was in jenen Jahren aus dem Unbewussten aufgebrochen war und mich zunächst überflutete. Es war der Urstoff für ein Lebenswerk» (C. G. Jung 1962, S.203).

In den Jahren 1905 bis 1913 war Jung Privatdozent an der Universität Zürich. 1909 Eröffnung einer Privatpraxis. 1920 in Algier und Tunesien und der Sahara, 1924/25 bei den Pueblo-Indianern in Neu-Mexico, 1925/26 Studienreise zu den Elgonyis in Ostafrika, einem Stamm von Schwarzen, die noch nie Weiße gesehen hatten. Von 1933 an Vorlesungen an der Eidgenössischen Technischen Hochschule in Zürich (Freifächerabteilung) mit der Ernennung zum Titularprofessor 1935. In den Jahren 1937/38 weilt Jung auf Einladung der britischen-indischen Regierung in Indien.

C. G. Jung ist in diesen Jahren einer der berühmtesten Gelehrten auf dem Gebiet der Psychologie und Psychotherapie in der europäischen und angelsächsischen Welt. Offensichtlich, um dem internationalen Ruf von Jung in seiner Heimat gerecht zu werden, erfolgt 1943, in seinem 67. Lebensjahr (!), die ehrenvolle Ernennung zum ordentlichen Professor ad personam an der Universität Basel. Wegen eines Herzinfarktes im Jahr darauf Verzicht auf den Lehrauftrag.

Zur Zeit des Nationalsozialismus wird Freud und seine Psychoanalyse in Deutschland völlig abgewertet, Jung und seine Lehre aber aufgewertet. Er protestiert nicht, wie die Bücher seines früheren Lehrers und väterlichen Freundes verbrannt werden. Immerhin ist sein Nachruf auf Freud nach dessen Tod im Jahr 1939 dann doch fair. Jung sieht im Nationalsozialismus eine Aufwertung germanischen Gedankengutes und hoffte auf einen fruchtbaren Einfluss auf die europäische Kultur, die sich ja historisch aus altgriechischem, altrömischem und jüdisch-christlichem Gedankengut entwickelt hat. Antisemit im nationalsozialistischen Sinn war Jung jedoch nicht, verfolgten jüdischen Anhängern steht er aktiv bei. Später nimmt er dann, durch die weitere Entwicklung des Nationalsozialismus menschlich und politisch aufgeschreckt, vorerst in beruflichen Kreisen, scharf Stellung gegen den Nationalsozialismus und zwar nicht etwa erst, wie der Krieg sich seinem Ende zuneigt.

Jung war überzeugt von sich und seinen Ansichten, sein Auftreten als Wissenschafter autoritär. Er imponierte durch sein unvorstellbar umfangreiches kulturwissenschaftliches und immer präsentes Wissen.

3. Beispiele

Für Jung ist «das Unbewusste», wie ein Schüler von ihm treffend formulierte, «das Waltende» (Schmaltz 1955), und im Vordergrund einer Analyse nach Jung steht der Aufschluss

darüber, was «das Unbewusste» zu einer Situation in Bildern «sagt» und erreichen «will». Deshalb im Folgenden drei Beispiele von Auslegung von Träumen nach und durch Jung.

3.1 Erstes Beispiel: Prospektiv-finale Auslegung eines Traumes durch C. G. Jung
(1916/²1958, Ges.W. Bd. VIII, §149)

Jung beanstandet, dass Freud die Träume «nur» reduktiv gedeutet habe, d.h. im Hinblick, aus was für Gedanken oder Strebungen er entstanden sei. Dem stellt er die prospektiv-finale Deutung gegenüber.

Die Träumerin

Die Träumerin ist unverheiratet. Sie ist nach Jung jemand, der sich passiv durch's Leben treiben lässt.

Der Traum

De Patientin träumt, jemand überreiche ihr ein aus einem Hügelgrab («Tumulus») ausgegrabenes prachtvolles, reichverziertes, uraltes Schwert. Aufgefordert, sich zu diesem Traum etwa einfallen zu lassen, berichtet sie von einem Degen ihres Vaters, den er einmal in der Sonne funkeln ließ, was ihr großen Eindruck machte. Dieser Vater ist ein in jeder Hinsicht tatkräftiger, willensstarker Mann von stürmischem Temperament, abenteuerlich in Liebesbeziehungen. Ein anderer Einfall lässt sie an ein keltisches Bronzeschwert denken. Sie rühmt sich, keltischer Abstammung zu sein. Die Kelten seien aber im Gegensatz zu ihr temperamentvoll, stürmisch und leidenschaftlich. Die Verzierungen an dem Schwert im Traum, geben diesem ein geheimnisvolles Aussehen. Die Patientin denkt an Runen, Zeichen alter Weisheit, uralte Kultfiguren, Erbgut der Menschheit, aus dem Hügelgrab wieder ans Licht gebracht.

Die Auslegung des Traumes:

«Es ist, wie wenn Patientin eine solche Waffe nötig hätte. Ihr Vater hatte die Waffe. Er war tatkräftig, lebte dementsprechend und nahm auch die Schwierigkeiten seines Temperamentes auf sich, infolge dessen er zwar ein leidenschaftlich bewegtes Leben lebte, aber nicht neurotisch war. Diese Waffe ist ein altes Erbgut der Menschheit, das in der Patientin begraben lag und durch die Ausgrabungsarbeit (Analyse) an den Tag gekommen ist. Die Waffe hat mit der Einsicht, der Weisheit zu tun. Sie ist ein Mittel des Angriffs und der Verteidigung. Die Waffe des Vaters war [s]ein leidenschaftlicher, unbeugsamer Wille, mit dem er seinen Weg durchs Leben bahnte. Patientin war bis jetzt in jeder Hinsicht das Gegenteil. Sie ist eben auf dem Punkte, zu realisieren, dass der Mensch auch wollen kann und nicht bloß getrieben zu sein braucht, wie sie immer glaubte. Der auf Lebensweisheit und Einsicht basierte Wille ist ein altes Erbgut der Menschheit, das auch in ihr liegt, aber bis jetzt begraben war, denn sie ist auch in dieser Hinsicht die Tochter ihres Vaters, was sie aber aus lauter Verwöhntheit und kindisch-larmoyantem Wesen bis jetzt nicht gewürdigt hat. Sie war äußerst passiv und sexuellen. Phantasien ergeben.»

3.2 Zweites Beispiel: Auslegung eines Initialtraumes

(nach Wilhelm Bitter, 1948)

Die Träumerin

Die Patientin ist eine 45-jährige Bildhauerin. Sie steht vor der Frage, ob sie sich von ihrem derzeitigen Partner trennen soll, der ausgesprochen an seine Mutter gebunden sei. Sie leidet unter Depressionen mit Schlaflosigkeit und Suizidgedanken. Zu einer Analyse bei einem Psychotherapeuten, der Schüler von C. G. Jung ist wurde sie ermutigt durch eine Jugendfreundin, die sie nach langer Zeit überraschend positiv verändert wiedersieht, und von der sie erfährt, dass sie eine längere Jungsche Analyse durchgemacht hat. Die Patientin ist, wie ihre ganze Familie, katholisch, allerdings jahrzehntelang nicht praktizierend, seit einiger Zeit wendet sie sich der Kirche wieder aktiv zu.

Der Traum

Zur zweiten Behandlungsstunde am folgenden Tag bringt die Patientin aufgeschrieben einen Traum mit. Da anzunehmen ist, dass diesem die Eröffnung der analytischen Behandlung zugrundeliegt, ist er als «Initialtraum» zu bezeichnen. Der Therapeut liest ihn langsam vor:

«Ich machte eine Wanderung, dem Fluss entlang. Etwas hinter mir und immer sorgfältig den Abstand wahrend, wanderte ein Trupp Menschen mit. Ich erinnere mich nur noch an zwei von ihnen. Der eine war ein Maler, mit dem ich in den letzten Jahren des Krieges oft zusammen war. Dann erinnere ich mich noch an eine mir gut bekannte Frau.

Mit dieser Gefolgschaft kam ich nach X., das ein sehr schönes, vielbesuchtes Strandbad ist. Die anderen, angelockt durch Musik und Gelächter, das uns aus dem Innern des Gebäudes entgegenschallte, wollten mich überreden, mit hineinzukommen. Ich wollte nicht. Es lockten mich weder die Menschen, noch ein eventuelles Bad in dieser Jahreszeit. Es war Vorfrühling, die Bäume hatten noch kaum Grün angesetzt. Es ging auf den Abend, und ein kühler Wind ließ mich zusammenschauern. Aber je mehr ich abwehrte, desto heftiger drängten sie mich, doch keine Spielverderberin zu sein und mit ihnen zu baden. Gerade jetzt in dieser Jahreszeit wäre das Wasser schon nicht mehr kalt und es wäre besonders reizvoll, so in die Dämmerung hineinzuschwimmen.

Ich ließ mich überreden. Ich sonderte mich aber von den anderen ab, betrat nicht das Gebäude und zog mich hinter einem Busch aus.

Ich war allein, von den anderen sah ich nichts mehr. Ich ging ins Wasser. Es war nicht kalt. Unten an den Füßen fühlte ich sogar eine warme Strömung, die ich wohlig empfand. Ich ging tiefer hinein, begann zu schwimmen. Die warme Strömung in der Tiefe wurde wärmer und wärmer. Ich sah nach dem Ufer, es war verschwunden. Ich befand mich mitten im Fluss und wurde von der Strömung immer mehr fortgerissen. Die Angst stieg in mir hoch, ich rief nach den anderen. Doch auf einmal fing das Wasser an rings um mich zu dampfen, die Hitze stieg. Das Entsetzen packte mich. Ich schrie - und wachte auf.»

Die Auslegung des Traumes

Darauf berichtet der Therapeut der Patientin «einiges über Wesen und Bedeutung der Träume. Es zeigt sich alsbald, dass sie ... ihren Traum durchaus ernst nimmt. Als Künstlerin steht sie dem Unbewussten viel näher als andere Menschen und ist von vornherein bereit, den Symbolwert der geträumten Bilder anzuerkennen. Es leuchtet ihr ein, dass der Traum ein mehr oder weniger wichtiger psychischer Vorgang ist, etwas, das ihrer Seele geschehen ist und – wie alle Geschehnisse der Natur – Sinn und Bedeutung hat.» Der Therapeut macht die Patientin «darauf aufmerksam, dass Initialträume häufig einen Einblick gewähren in die wichtigsten Probleme, die die Seele, beschäftigen. Sie zeigen die seelische Situation und weisen die Wege zum neuen Gleichgewicht und zur Heilung.» Der Therapeut möchte wissen, was der Patientin zu den einzelnen Figuren im Traum einfällt, «zunächst zu dem Mann, den sie in der Menge der ihr im Abstand nachfolgenden Menschen erkannt habe» Sie erzählt, «dass er sie in einer scheuen, stillen Art geliebt habe, dass er oft in seinen persönlichen Anliegen zu ihr gekommen sei, sie in seine, sich immer steigernden seelischen Not habe hineinziehen wollen, und vor dem sie sich schließlich ganz verschlossen habe.». Zur Frau im Traum: «Die Frau hat mich einmal in einem persönlichen Anliegen um meine Hilfe gebeten. Doch damals, eingekreist von meinem eigenen Erleben, hatte ich sie ihr verweigert. Sie hat dann später eine verhängnisvolle Rolle bei der Mutter meines jetzigen Freundes gespielt, in dem sie unbeabsichtigt oder auch böswillig einen Ausspruch verdreht wieder erzählte, der mir in seiner Auswirkung sehr viel Kummer gemacht hat.»

Nun erläutert der Therapeut «der Patientin die Bedeutung des Unbewussten als der ihr dunkeln, unbekannten Seite ihrer Seele, mit seinen verschiedenen Funktionen, von denen einige in Träumen und Visionen durch bestimmte Personen figürlich dargestellt werden. Eine besondere Bedeutung für die Frau hat der ↗Animus. Er ist ihre männliche Kompensierung im Unbewussten, und erscheint in männlicher Gestalt. Der Maler ist eine solche Animusfigur der Träumerin. – Sodann erzähle ich der Patientin von einem anderen entscheidend wichtigen, unbewusst zu ihr gehörigen Seelenteile, dem ↗Schatten. Er ist die gleichgeschlechtliche, also in diesem Fall als Frau geträumte Figur, die vom Ich aus als minderwertig empfunden wird. Die Traumfigur stellt oft das ‚Peinliche, das ‹Abgewertete›, nicht Anerkannte der bewussten Persönlichkeit dar. Um eine solche Figur handelt es sich bei der Traumfrau. Sie hat die Patientin um Hilfe gebeten und ist von ihr abgewiesen worden». Später in der Analyse ist die Patientin «mit ihrem Schatten wiederholt konfrontiert worden; sie lernte verstehen, dass ihr Schatten einen Teil ihrer Persönlichkeit ausmacht, und dass sie sich seiner annehmen muss, statt ihn, wie in diesem Traum, abzuweisen».

«Der Träumerin wird im weiteren Verlaufe des Gesprächs verständlich, warum die Inhalte des Unbewussten hinter ihr wandern und, wie alle derartigen Manifestationen des Unbewussten, die Tendenz haben nach vorne zu rücken, also in Reih und Glied mit dem bewussten Anteil der Persönlichkeit zu marschieren, d.h. ins Bewusstsein aufgenommen werden wollen. Dass sie immer ‹sorgfältig den Abstand wahrt›, ist ein Beweis für die Abspaltung dieses Seelenteils von ihrem Bewusstsein. Das alles ist der Träumerin durchaus plausibel; auch, dass die indifferente Menge der andern ihr folgenden Menschen, der ‹Trupp Men-

schen›, das Kollektive, die Masse darstellt. Zu diesem Kollektiven gehören. auch die vielen Menschen im Strandbad mit ‹Musik und Gelächter›, wodurch ihre Gefolgschaft angelockt wird. Alle diese Traumfiguren sind als Bilder ihrer Seele, als innere Vorgänge zu werten.»

Das «Kernstück» des Traumes ist «die Vorwegnahme des in einer erfolgreichen Analyse sich vollziehenden Vorganges. Er wird sehr plastisch und drastisch dargestellt – die Träumerin geht ins Wasser, in den Strom des Lebens. Als Christin und praktizierende Katholikin ist ihr der Vergleich mit der Taufe im Jordan einleuchtend. Das Wasser als Ausdruck des Unbewussten, der Libido [allgemeine Lebensenergie im Sinn von Jung] überhaupt, kann so von ihr verstanden werden; der Fluss, im steigenden Gefälle (= Potential der Libido) von der Quelle his zum Ozean, bis zum Unendlichen strömend, ist Symbol des Lebensstromes (siehe auch Hesekiel 47, Joel 4, 18, Sacharja 14, 8, Offenbarung d. Job. 22; 1 und 17). Sie muss sich dem Lebensstrom anvertrauen, wenigstens eine Zeitlang in ihm schwimmen, bis das neue Leben in ihr gewachsen ist. Aber noch mehr: in der Tiefe «wird die Strömung warm, immer wärmer und wärmer. Am Schluss fing das Wasser an, rings um mich zu dampfen, die Hitze stieg. Der Analytiker weiß von dem alchemistischen Prozess, in dem das Urelement Wasser sich vereinigt mit dem Urelement Feuer (nach der Auffassung der alchernistischen Philosophen (ist) die ‚‹aqua nostra› ‹ignis› (Feuer). Der Quell ist nicht nur das Fließen des Lebens, sondern auch seine Wärme, ja seine Hitze, das Geheimnis der Leidenschaft, die ja stets Feuersynonyme hat. Die ‹aqua nostra›, die alles auflöst, ist ein unerlässliches Ingrediens bei der Herstellung des Lapis [«Stein der Weisen» als Ziel des alchemistischen Prozesses]. Die Quelle aber kommt von unten, und deshalb führt der Weg unten durch. Nur unten ist der feurige Quell. Die Träumerin wird im Feuer ihrer Emotionalität, in ihren Leidenschaften, gewissermaßen gekocht und erlebt einen Eindruck von der Möglichkeit einer Erneuerung und Wandlung im analytischen Prozess. Alles das ist ihrem Verständnis nicht fern, sie ist an die Bildsprache der Bibel gewöhnt und als Künstlerin der symbolhaften Darstellung alles Lebendigen nahe.»

Der Therapeut zeigt «der Patientin eine Abbildung, die das Traumerlebnis nicht besser illustrieren könnte: ein Mann sitzt in einem Kessel kochenden Wassers. Das Feuer wird unter dein Kessel geschürt. Er wird ‹gekocht›, bis die weiße Taube (pneuma) aus ihm aufsteigt» [Jung, Ges.W. Bd.XII, S.307]. «Die Träumerin sieht nach dem Ufer, es war verschwunden. Sie ist nun ganz ihrem Unbewussten, dem noch chaotischen, von ihr abgespaltenen, hilflos überlassen, völlig allein. Sie befindet sich mitten in dem breiten Fluss und wird von der Strömung immer mehr fortgerissen. Kein Wunder, dass die Angst in ihr hochsteigt, dass sie in ihrer Einsamkeit nach den anderen ruft, dass das Entsetzen sie packt: Sie schrie und wachte auf».

Darauf schreibt der Autor, die Traumbesprechung habe «das Unbewusste der Patientin stark beeindruckt». Diese Formulierung zeigt, wie nach Jung das Unbewusste gerne personifiziert wird, eben als «das Waltende».

3.3 Drittes Beispiel: Auslegung einer archetypischen Traumes durch C. G. Jung

(Jung 1916/^{2}1928, Ges.W. Bd.VII, §287ff; 1945/^{2}1948, Ges.W. Bd. X/1, §398)

Der Träumer

Es handelt sich um einen Theologiestudenten, der an Glaubensschwierigkeiten leidet. Der Träumer war Jung nicht persönlich bekannt, weshalb wir nicht wissen, wie der Traum auf den Theologiestundenten wirkte und ob er von der Auslegung durch Jung überhaupt erfahren hat.

Der Traum

Im Traume ist der Träumer der Schüler eines weißen Magiers, der aber schwarz gekleidet ist. Dieser belehrte ihn bis zu einem gewissen Punkt. Dann sagt er, sie bedürften nun des schwarzen Magiers. Der schwarze Magier erscheint, ist aber weiß gekleidet. Er behauptet, den Schlüssel des Paradieses gefunden zu haben; er bedürfe aber der Weisheit des weißen Magiers, um zu erfahren, was er mit diesem Schlüssel zu beginnen habe.

Die Auslegung des Traumes

Es handelt sich um einen Traum, der in der Jungschen Psychologie als «großer Traum» bezeichnet wird, nämlich schon rein stimmungsmäßig um einen «archetypischen Traum», der «eine allgemeine und unpersönliche Bedingung» kompensiere:

Der Träumer wird nach Jung durch diesen mit einem Problem konfrontiert, welches das Leben immer wieder an uns heranbringt, nämlich mit dem moralischen Problem, als dem verwirrenden Zusammenspiel von Gut und Böse. Dabei hebt der Traum die Relativität von Gut und Böse hervor und zwar als Kompensation für eine überspitzte moralische Empfindlichkeit beim Träumer. «Die Figuren, die der Traum verwendet, sind unpersönliche, kollektive Bilder entsprechend der Natur des unpersönlichen religiösen Problems.» Die beiden Weisen erinnern Jung an das taoistische Symbol von Yang und Yin . Das Gegensatzproblem, dem das moralische Problem einzuordnen ist, habe in der taoistischen Philosophie eine ganz besondere Lösung gefunden. Unserer intellektuellen Bewusstseinskultur fehle im Gegensatz zur östlichen völlig die Anerkennung der «Paradoxie und Polarität des Lebendigen». Der Traum kompensiert also nicht nur die Geisteshaltung des Träumers, sondern die Geisteshaltung der ganzen Kultur [des kollektiven Bewusstseins], an der dieser teilhat. «Warum besteht dieser furchtbare Konflikt zwischen Gut und Böse?»... «Schau dir's genau an: die beiden haben einander nötig; auch im Besten, ja geradezu im Besten ist der Keim des Bösen. und nichts ist so schlecht, dass nicht ein Gutes daraus erfolgen könnte.»

«Schlüssel zum Paradies» weist nach Jung auf den Individuationsprozess, der zum Erlebnis des Selbst führt. Das Paradies sei der Garten Eden mit den vier Flüssen, also ein Mandala, Symbol des Selbst (siehe unten bei «Individuationsprozess» und «Selbst»!).

4. Weitere Ausführungen zur Analytischen Psychologie

In aller Kürze über die Beispiele von Auslegung von Träumen hinaus einen Eindruck von der Gedankenwelt von C. G. Jung zu geben, war sehr schwierig. Ich habe mich entschlossen, ein Glossar über Überlegungen, Vorstellungen und Begriffe, die «typisch Jung» sind, anzuschließen, wenn auch ohne Vollständigkeit. Es ging nicht an, allein solche Stichworte

anzuführen, die *nur* psychologisch bedeutsam sind, denn viele Begriffe sind zugleich psychologisch wie philosophisch, wie kulturhistorisch, wie religionswissenschaftlich bedeutsam, so vor allem die Stichworte «Archetypus» oder «Individuation/Individuationsprozess».

Mit einem Schrägpfeil (↗) weise ich je auf ein anderes Stichwort in diesem Glossar.

Alter Weiser und Große Mutter

Es kommt im Individuationsprozess zu einer Begegnung mit dem Alten Weisen und/oder der Großen Mutter. In diesem Zusammenhang können wir nicht mehr gut vom Ziel einer Integration polarer Gegebenheiten sprechen wie sonst bei den «Mitteilungen» des ↗Unbewussten (↗Polarität, ↗Kompensation). Es handle sich um in der Tiefe der Seele wirkende führende Gestalten, psychologisch gedeutet als die Weisheit von Millionen Jahren. Barbara Hannah schreibt, Jung zitierend, diese Gestalten komme «absolutes Wissen» zu, dem die Menschheit früher Namen gegeben habe wie «Gott», «der Herr», «Buddha-Geist» usw. (Hannah. 1985).

Amplifikation:

Um die Bedeutung einer Gegebenheit, z.B. sei es in einer Phantasie, sei es im Traum, sei es in der konkreten Wirklichkeit, als Symbol zu erfassen, wendet Jung die amplifizierende [umkreisende] Methode an. Träumt ein Patient von einer Kuh, kann nachgeforscht werden, was diese für ihn individuell bedeutet, vielleicht sachlich: «ein milchspendendes Haustier», gemüthaft: «ein Ungetüm im Stall meiner Großeltern, bei denen ich jeweils die Sommerferien verbrachte». Die amplifizierende Methode greift weiter und zwar in der Annahme, daß die Kuh eine allgemeinmenschliche Bedeutung habe, die erfaßt werden könne, wenn wir das Erlebnis «Kuh» bei anderen Völkern und zu anderen Zeiten zu fassen versuchen. Als die Inder aufgefordert wurden, ihre Kühe als Fleischlieferanten zu benutzen, entgegneten sie: «Wir werden doch unsere Mütter nicht umbringen!», eine Antwort, über welche der Vertreter der Food and Agriculture Organization der UNO, übrigens ein Nobelpreisträger, von dem ich das erfuhr, nur verständnislos den Kopf schütteln konnte. Bei den Indern hat also die Kuh die Bedeutung einer Mutter und zwar offensichtlich nicht etwa nur sinnbildlich, sondern, wie ich hier von mir aus sage, im Sinn einer Realpräsenz.

Was heißt Realpräsenz? Ich erwähne das Marburger Religionsgespräch von 1529 zwischen Luther und Zwingli. Luther vertrat die «wirkliche Gegenwart» Jesu Christi beim Abendmahl. Sein wahrer Leib und sein wahres Blut seien bei der Abendmahlsfeier «in, mit und unter» Brot und Wein, also real-präsent. Zwingli hingegen faßte die Worte Jesu: «Das ist mein Blut, das ist mein Leib!» sinnbildlich auf und so auch bei den Abendsmahlsfeiern im reformierten Gottesdienst, während die Abendmahlsfeier im evangelisch-lutherischen Gottesdienst die Bedeutung eines Sakramentes, eines Mysteriums hat. Mit der Uneinigkeit in dieser Frage war der Versuch, eine «Unité de doctrine» zwischen Luther und Zwingli zu erreichen, gescheitert.

Der Sinn einer Amplifikation liegt nach Jung in seiner Annahme, daß eine Gegebenheit, hinter oder unter jeder individuellen Erfahrung eine allgemeinmenschliche Bedeutung besitzt, deren sich der einzelne für gewöhnlich gar nicht bewußt ist. Die Amplifikation setzt also ein

großes kulturgeschichtliches und völkerkundliches Wissen voraus. Sie ist besonders angebracht, wenn Träume gedeutet werden (↗Traum) oder in irgend einen Zusammenhang die betreffende Gegebenheit eine besondere Bedeutung gewonnen hat, z.B. bei einer Phobie vor Kühen.

Animus und Anima

Ausgangspunkt für diese Begriffe ist die Erfahrung von Jung, dass in als besonders bedeutsam erlebten Träumen, Visionen und Phantasien von Männern häufig ein geheimnisvolles weibliches Wesen auftritt, bei Frauen ein entsprechendes männliches Wesen, häufiger noch eine Gruppe von Männern. Allerdings können diese gegengeschlechtlichen Wesen an im Alltag Bekannte erinnern, aber entweder geht ihre erlebnismäßige Bedeutung im Traum weit über diejenige im Alltag hinaus oder aber im Alltag werden Anima oder Animus auf sie übertragen.

Erste Bedeutung von Anima und Animus nach Jung:

«Anima» ist die ungelebte weibliche Seite in einem Mann, «Animus» die entsprechende gegengeschlechtliche Seite in einer Frau. Dabei spielt es an sich keine Rolle, was als «weiblich» und was als «männlich» angesehen wird.

Verdrängte oder eben: unverwirklichte Seiten drängen sich nach Jung besonders in der Zeit der Lebenswende auf und können dann episodisch oder länger dauernd zu auffallenden Eigenheiten des Erlebens und Verhaltens («Symptomen») führen. Ein Mann kann plötzlich sentimental und weinerlich werden, nach Jung Identifikation mit seiner «weiblichen» Seite, die aber, weil undifferenziert «primitiv» geblieben ist. Oder er wird in krankhaftem Ausmaß von irgend einer im Verhältnis zu seinen sonstigen Ansprüchen vulgären Frau fasziniert, die er zufällig trifft: Projektion seiner Anima. Eine «Animusbesessenheit» wird von Analytischen Psychologen bei einer Frau vermutet, die unvermittelt in einen predigenden, rechthaberischen Ton verfällt, wenn ein bestimmtes Thema angeschnitten wird: Identifikation mit ihrer verdrängten, besser: unverwirklichten und deshalb unentwickelt gebliebenen «primitiven» «männlichen» Seite. Oder sie verfällt einem berühmten Professor und schwärmt als Fünfzigjährige für ihn wie ein Backfisch: Projektion des Animus.

Zweite Bedeutung von Anima und Animus nach Jung:

Als «Anima» und «Animus» bezeichnet Jung aber auch das weibliche und das männliche «Prinzip an sich», die Weiblichkeit, die Männlichkeit, wie es jemandem in der aktiven Phantasie, in Visionen oder im Traum «objektiv-psychisch», also als Gestalt aus einer nach Jung überindividuellen oder transpersönlichen Innenwelt gegenübertreten kann, also als Archetypen, wenn diese Bezeichnung gegenständlich genommen wird.

«Objektiv-psychisch» waren für den Menschen in der Antike die Götter. Beim modernen Menschen sind diese nach Jung nicht verschwunden, aber verinnerlicht oder projiziert in Mitmenschen. Diese Auffassung lässt begriffstheoretische Fragen offen, um die sich aber Jung nicht kümmert.

Dritte Bedeutung von Anima und Animus nach Jung:

Wie die ↗Persona nach Jung in einer Bedeutung dieses Begriffs «die Beziehungsfunktion zur Mitwelt» verkörpern soll, so die Anima/der Animus die «Beziehungsfunktion zur Innenwelt». Ich vermute, dass Jung deshalb auf diese Bedeutung kommt, weil einerseits die «geheimnisvolle Frau» in der aktiven Imagination und in Träumen häufig als «Führerin» in der «Innenwelt» wirkt, der Jung nach seinen eigenen Erfahrungen den gleichen «Wirklichkeitswert» zuspricht wie der «Außenwelt».

Archetypus

Jung hatte einen großen Einfluss auf die Kulturwissenschaften durch die Schaffung des Begriffs «Archetypus». Wie bei anderen von ihm bevorzugten Begriffen, fehlt auch hier eine eindeutige Definition oder Umschreibung. Mehrfach betont er, dass es einen Archetypus «an sich» nicht gibt, sondern nur Ausdrucks- oder Erscheinungsformen von solchen, ähnlich den Platonischen Ideen. Meines Erachtens werden wir dem am ehesten gerecht, wenn wir nicht von «Archetypus», sondern von «Archetypischem» sprechen, also von einer Qualität. Wenn Jung also von der Mutter Gottes Maria und von der ägyptischen Göttin Isis mit dem Horusknaben, aber auch von der «Alma Mater» (Universität) als Ausdruck des Mutterarchetypus spricht, wäre es zutreffend, diesen Gegebenheiten die Mütterlichkeit als archetypische Qualität zuzusprechen und so jedesmal wenn Jung scheinbar vergegenständlichend von Archetypen spricht.

Archetypen sind allgemeinmenschliche Ideen wie es allgemeinmenschliche Instinkte gibt, zeitlich und örtlich universell. Den Archetypus der Mütterlichkeit habe ich bereits erwähnt. Die archetypischen Qualitäten von Männlichkeit und Weiblichkeit finden ihren Ausdruck auch im Gegensatzpaar Yang und Yin der taoistischen Philosophie in China. In der Vorstellung einer allgemein wirkenden Kraft bei den Melanesiern drückt sich nach Jung derselbe Archetypus aus wie im Begriff der physikalischen Energie. Die allgemeine Verbreitung der Vorstellung von einer nach politischen Vorstellungen im Diesseits zu verwirklichenden oder nach religiösen Vorstellungen erst im Jenseits verwirklichten idealen Welt beweist ihre archetypische Qualität. Es ist die Vorstellung einer unsterblichen Seele ein «Archetypus». Es gibt unendlich viele «Archetypen». Bildhaft anschauliche archetypische Gestalten haben nach Jung im Allgemeinen numinose Qualität, d.h. lösen religiöse Ergriffenheit aus. – Archetypen «wollen» nach Jung gelebt sein. Es sind «Wahrheiten des Blutes».

Viele Kulturwissenschafter und besonders Religionswissenschafter griffen den Begriff mit Begeisterung auf. Zudem galt damit für viele gläubige Menschen die Wahrheit spiritueller Vorstellungen – endlich! – als wissenschaftlich bewiesen, was genau genommen natürlich nicht zutrifft. Andere bezichtigten allerdings Jung des Psychologismus, d.h. der Anwendung der psychologischen Betrachtungsweise auf Gegebenheiten, die gar nicht psychologischer Natur sind.

Jung selbst genügte es nicht, auf derartige universelle Gegebenheiten und ihre «Einwirkung» auf unser Erleben und Verhalten aufmerksam zu machen. Er rätselte selbst daran herum, um was es sich dabei eigentlich handle. Eine seiner Erklärungsversuche lautet dahin,

dass es sich um den «Niederschlag stets sich wiederholender Erfahrungen der Menschheit» handle. Er fährt gleich mit einem Beispiel fort: «Eine der gewöhnlichsten und zugleich eindrucksvollsten Erfahrungen ist der tägliche scheinbare Sonnenlauf. Wir vermögen allerdings im Unbewußten nichts davon zu entdecken, soweit es sich um den uns bekannten physischen Vorgang handelt. Dagegen finden wir den Sonnenheldenmythus in allen seinen zahllosen Abwandlungen. Dieser Mythus bildet den Sonnenarchetypus, und nicht der physische Vorgang. ... Der Archetypus ist eine Art Bereitschaft, immer wieder dieselben oder ähnliche mythische Vorstellungen zu reproduzieren. Es scheint also demnach, als ob das, was sich dem Unbewußten einprägt, ausschließlich die durch den physischen Vorgang erregte subjektive Phantasievorstellung wäre. Man könnte daher annehmen, daß die Archetypen die vielmals wiederholten Einprägungen von subjektiven Reaktionen seien. ... Die Archetypen sind, wie es scheint, nicht nur Einprägungen immer wiederholter typischer Erfahrungen, sondern zugleich auch verhalten sie sich empirisch wie Kräfte oder Tendenzen zur Wiederholung derselben Erfahrungen. Immer nämlich, wenn, ein Archetypus im Traum, in der Phantasie oder im Leben erscheint, bringt er einen besonderen «Einfluss» oder eine Kraft mit sich, vermöge welcher er numinos resp. faszinierend oder zum Handeln antreibend wirkt» (Jung 1917/^{5}1942, Ges.W.Bd.VII, §109).

Hier erklärt also Jung «das Archetypische» als Auslegung von allgemeinmenschlichen Erfahrungen im mythologischen Zeitalter, einer Erlebensweise, die unbewusst immer noch wirksam sei , wie ich in meinen Ausführungen zum Stichwort «Menschenbild» darzulegen versucht habe. Wie Freud mit dem Begriff der «Archaischen Erbschaft» ist auch Jung hier Vertreter des Lamarckismus (⇗Psychoanalyse, 4.9).

Assoziationsversuch:

Der Assoziationsversuch nach Galton, der zur Zeit als Jung als Oberarzt an der psychiatrischen Universitätsklinik in Zürich arbeitete, von Kraepelin in die Psychiatrie eingeführt wurde, besteht darin, daß einer Versuchsperson ein «Reizwort» zugerufen wird, auf das sie ohne Besinnen in kürzest möglicher Zeit mit einem anderen Wort («Reaktion») reagieren soll, z.B. Lampe - Schirm, Flasche - grün = äußere Assoziationen; Tisch - Möbel, Gnade - vor Recht = innere Assoziationen; Pferd - Herd, Hummer - Schlummer = Klangassoziationen; Mörder - Verbrecher = allgemeinverständliche Reaktion; Mörder - Meier = individuelle (missverständlich auch: egozentrische) Reaktion.

In der Psychiatrie war zuerst das Ergebnis des Assoziationsversuches bei verschiedenen Krankheitsbilder von Interesse. Psychologische Untersuchungen haben sich auch mit der Frage beschäftigen, was für eine Rolle Alter, Geschlecht, Bildungsstand, Ablenkung, Ermüdung, Übung beim Ablauf des Assoziationsversuches spielen. Jung entdeckte dann eine ganz andere Verwendungsweise des Versuches bei Neurosen, besonders der Hysterie. Unter «Hysterie» wurde damals ganz einfach eine abnormal intensive Emotivität verstanden. Aber es stellte sich heraus, daß auch gesunde Versuchspersonen auffallend reagieren können, nämlich dann, wenn ein gefühlsbetonter Komplex durch ein Reizwort «getroffen» wird, wie der Psychiater Ziehen bereits festgestellt hatte. Schließlich regte Jung an, auch bei we-

gen irgend eines Vergehens Angeklagten den Assoziationsversuch anzuwenden, um sie allenfalls eines Vergehens oder Verbrechens überführen zu können. Er war allerdings nicht der erste mit diesem Vorschlag.

Als auffallend galten folgende Reaktionen im Rahmen des Assoziationsversuches: (1.) Auffallend lange Reaktionszeit; (2.) Ausfallen einer Reaktion, also eine Blockierung der Assoziationstätigkeit; (3.) ungewöhnliche Reaktion, z.B. statt ein Wort, wie die Aufforderung lautet, einen Satz oder ein Zitat; (4.) eine ungewohnt oberflächliche Reaktion, ohne daß äußere Ablenkung, Schläfrigkeit oder Fieber besteht, wobei aber in Betracht gezogen werden muß, daß gebildete Versuchspersonen durchschnittlich oberflächlicher reagieren; (5.) unauffällige direkte Reaktion, aber die Reaktion auf das nächste Reizwort wird beeinflußt, was dann auf die individuelle Bedeutung des zuvor aufgerufenen Reizwortes zu beziehen ist; (6.) häufige Wiederholungen derselben Reaktion; (7.) das Reizwort wird in einem sehr ungewöhnlichen Sinn aufgefaßt oder mißverstanden; (8.) nach dem Assoziationsversuch werden der Versuchsperson die Reizworte wieder vorgelesen, wobei sie sich, nun ganz ohne Zeitdruck, daran erinnern soll, was sie geantwortet hatte, wobei es auffällig ist, wenn die richtige Erinnerung ausbleibt; (9.) auffallende mimische, motorische oder vegetative Äußerung beim Aussprechen des Reaktionswortes (Jung benützte auch den «Lügendetektor», d.h. die elektrische Messung der Handflächenfeuchtigkeit während des Versuches).

Beispiele: (1.) Eine Frau, die schwanger ist und sich vor der Geburt fürchtet sowie Angst hat, ihr Mann könnte ihr während der Schwangerschaft untreu werden, reagiert mit «Komplexmerkmalen» auf die Reizworte «Storch» und «verachten». Auf das Reizwort «Volk» reagiert die Patientin nach auffällig langer Reaktionszeit mit «treu», was sich eigentlich auf das vorangegangene Reizwort «falsch» bezieht, das die Angst vor der Untreue des Gatten geweckt hatte. (2.) Eine Versuchsperson beschäftigt sich mit dem Gedanken, Agrikultur zu studieren, zugleich ist sie leidenschaftlich dem Ruder- und Bergsport ergeben. Sie reagiert auffällig auf «Heu», «Ziege», «Kartoffel», «Wasser», «See», «Schwimmen», «Berg». (3.) Jemand, der eines Mordes angeklagt, aber nicht geständig ist, könnte z.B. auf das Reizwort «Messer» nach auffallend langer Reaktionszeit mit dem ungewöhnlichen Wort «Kommode» reagieren, was damit zusammenhängt, daß das Messer, mit dem der Mord begangen wurde, der Kommode im Zimmer des Ermordeten entnommen wurde, was der Angeklagte, wenn er nicht schuldig gewesen wäre, nicht hätte wissen können. Gebildete, willensstarke und wortgewandte Exploranden können auf entsprechene Reizworte ohne «Komplexmerkmale» reagieren. Meines Wissens ist diese Untersuchung heute nicht mehr gebräuchlich.

(↗Komplex!)

Enantiodromie [Entgegenlaufen]:

Mit dem Grad der Einseitigkeit der bewußten Haltung eines Menschen oder eines Volkes den Lebensproblemen gegenüber, wächst «im Unbewußten» die dazu gegensätzliche Möglichkeit. Je mehr sich z.B. ein Politiker in eine einseitige Ansicht verbeißt, um so mehr wird sich ihm die dazu gegensätzliche Möglichkeit der Bewertung politischer Verhältnisse aufdrängen, die er mit zunehmender Gewalt unterdrücken muß, und so zum Fanatiker wird. Der

Fanatismus ist entsprechend Ausdruck eines Zweifels. Denken wir im Sinn eines weiteren Beispiels an die heutige esoterische Welle, was das Verständnis für Gesundheit und Krankheit, für die eigene Wesensart und das Schicksal anbetrifft. Sie drängt sich den heutigen Menschen, würde Jung sagen, umso mehr auf, je mehr Platz die naturwissenschaftliche Betrachtungsweise beansprucht.

Die Enantiodromie ist eine dynamisches Prinzip: Das «Laufen in den Gegensatz».

Ganzheit:

Die Person, insofern sie alle in ihr angelegten Möglichkeiten umfaßt. Sie existiert virtuell, solange sie nicht ihre Verwirklichung im Erleben und Verhalten gefunden hat. Die Verwirklichung der Ganzheit nennt Jung Selbstverwirklichung und die Ganzheit, wohl davon abgeleitet, auch ↗Selbst. Der Weg zur Selbstverwirklichung heißt bei Jung auch ↗Individuation.

Der Begriff der Ganzheit ist sehr wichtig, um das ↗Menschenbild der Jungschen Psychologie zu verstehen.

Gestalterische Verfahren in der Psychotherapie

Jung war auf auch der erste Analytiker, der seine Patienten malen ließ und diese Methode systematisch entwickelte. Er ermunterte sie, sich durch Pinsel, Stift oder Feder auszudrücken. Unmittelbare Anregung dazu können Träume sein. So können ganze Serien von gemalten Bildern erschaffen werden, nach Jung «Schöpfungen des Unbewussten». Wer so malt, entdeckt, was in ihm vorgeht und hat durch seine Bemühung, dies zu gestalten, Einfluss darauf. Einerseits meinte Jung, das Gestalten an sich, d.h. auch ohne Deutung, wirke auf den Menschen, aber andererseits sagt er, es müssten die Gestaltungen auch gedeutet werden, wobei besonders archetypische Deutungen eine Rolle spielen (↗Traum). Jung berichtet auch, dass ihm einmal eine Patientin statt zu malen etwas vortanzte. Jung ist also der Entdecker dessen, was heute als gestalterische Methode in der Psychotherapie bezeichnet wird. Ein Ausdruck dieser Entdeckung ist z.B. das Sandspiel der Jungschülerin Dora Kalff.

Imagination/Phantasie

Bei Schlafträumen spricht Jung von passiver Imagination, bei der auch psychotherapeutisch benutzten Möglichkeit, Phantasien in sich aufsteigen zu lassen und sich als Person selbst in das phantasierte Geschehen hineinzubegeben, spricht Jung von aktiver Imagination, ein von ihm durchgeführtes psychotherapeutisches Verfahren zur «Auseinandersetzung mit dem Unbewussten». Als Beispiel bringt Jung den Patienten, der phantasierte, seine Braut eile auf einen zugefrorenen Fluss hinaus und ertrinke in einer Eisspalte. Bei der Methode der aktiven Phantasie ist der phantasierende Patient selbst Handelnder in seiner Phantasie, steht also entweder wirklich hilflos am Ufer oder rennt seiner Braut nach, um sie vom Suizid zu bewahren.

Jung lässt ohne vorgegebene Bilder phantasieren. Es soll frei «aufsteigen», was «aus dem Unbewussten» kommt. Es handelt sich um ein konkretes Geschehen, manchmal auch um Bilderserien, vielleicht auch einmal ein akustisches oder auch durch Tanzfiguren zu er-

fassendes Geschehen, das, wenn in eine Behandlung eingebaut, gemäß den Modellen der Analytischen Psychologie gedeutet werden kann. Es läuft nämlich nach Jung im Menschen vieles ab, wovon er nichts weiß, wovon aber sein Erleben und Verhalten beeinflusst wird. Die aktive Imagination bietet ihm Gelegenheit, in Bildern usw. zu erfassen, was «im Unbewussten» vorgeht, davon Kenntnis zu nehmen und allenfalls sich aktiv damit auseinanderzusetzen.

Jung hat erstmals 1928 diese Methode beschrieben, aber eng mit seinen Denkmodellen verbunden. Im Jahre 1931 wurde erstmals von Robert Desoille, angeregt von Jung, das Verfahren des gelenkten Tagtraums beschrieben, 1932 von Carl Happich das «Erschließen des Bildbewusstseins» oder «Bildern», 1954/1955 von Hanscarl Leuner das Katathyme Bilderleben als psychotherapeutisches Verfahren, eine direkte Weiterentwicklung des Verfahrens von Happich (siehe zu diesen Verfahren bei Schlegel, L. 1973, S.248-280). Jung gibt aber im Gegensatz zu Happich, Desoille und Leuner keine Szenen vor und greift nicht selbst ein. Außerdem ist für Jung dieses «Bildern» eine bildhafte Konkretisierung von etwas, was gleichsam ohnehin «im ↗Unbewussten» geschieht mit der Möglichkeit, selbst darauf einzusteigen.

Individuation und Individuationsprozess

Selbstwerdung, Selbstentwicklung, die Verwirklichung der ursprünglichen Anlage zur Ganzheit, der eigentlichen Individualität, des eigenen Selbst. Diese Entwicklung wird nach Jung psychotherapeutisch eingeleitet und gefördert durch eine Auseinandersetzung mit dem persönlichen Unbewussten sowohl wie mit dem unpersönlichen oder kollektiven Unbewussten.

Wenn Jung vom Individuationsprozess spricht, setzt er einen Ablauf, erlebt über Traumserien, aktive Imagination und/oder spontaner Bilderserien voraus, in welchem bei jedermann sich ähnliche Motive ablösen: die Auseinandersetzung mit dem ↗Schatten, mit ↗Anima und Animus, mit ↗Altem Weisen oder der Großen Mutter. Der Prozess gipfle in der Verwirklichung des ↗Selbst.

Kompensation:

Dieser Begriff wird von Jung in erster Linie gebraucht bei der Feststellung, daß das Bewusstsein durch das Unbewusste kompensiert werde. Diese Feststellung bezieht sich in der Praxis besonders auf die Auslegung der ↗Träume. In Träumen kommt nach Jung zum Ausdruck, was das Bewusstsein wegen seiner einseitigen Orientierung nicht sieht. Eine Frau ist z.B. überzeugt, daß sie ihr Kind heiß liebt, träumt aber, sie werfe es zum Fenster hinaus. Es könnte dies nach Jung dahin gedeutet werden, daß diese Frau ihr Kind zwar liebt, aber nicht nur liebt, sondern zugleich oder zeitweise auch haßt oder daß es ihr zum mindesten auch lästig ist, vielleicht weil es ihren Lebenszielen im Wege steht oder sie an den ungeliebten Mann erinnert. Was verdrängt wird, erscheint, oft allerdings entstellt, im Traum. Da jeder Mensch auch am Zeitgeist teil hat, kann im Traum auch erscheinen, was diesen Zeitgeist «kompensiert», das wären dann «kollektive Träume», die möglicherweise bei gewissen

Menschen eher vorkommen als bei anderen. Bei manchen ungeschichtlichen Völkern, deren Mitglieder sich mit dem Stammesbewusstsein verschmolzen erleben, haben Träume kollektive Bedeutung und werden mit den anderen besprochen.

Komplex:

Es handelt sich nicht um einen Begriff, den Jung erfunden hat, sondern der in seiner Psychologie und zwar besonders im Zusammenhang mit dem ↗Assoziationsversuch, allgemein bekannt wurde und sogar in die Umgangssprache eingegangen ist. Es ist ein Begriff aus der Zeit der Vorstellungs- und Assoziationspsychologie Ende des vorletzten Jahrhunderts und noch aktuell bis einige Jahre nach der Jahrhundertwende. Diese Psychologie setzte voraus, daß das Seelenleben aus Vorstellungen bestehe, die sich nach Assoziationsgesetzen ablösten. Ein Komplex, wie das Wort von Jung beim Assoziationsversuch gebraucht wurde, war die Abkürzung für «gefühlsbetonter Vorstellungskomplex». Es wäre dies eine Gruppe von zusammenhängenden Vorstellungen, die von einem gemeinsamen angenehmen oder unangenehmen Gefühlston gefärbt sind.

Siehe die Beispiele unter dem Stichwort ↗Assoziationsversuch! Bei diesen Beispielen handelt es sich, wie Jung sagt, um persönliche Komplexe. Nach Jung gibt es noch unpersönliche, d.h. allgemeinmenschliche Komplexe, weshalb es z.B. bei den meisten Beschauern Gefühle der Rührung und Zorns auslöst, wenn ein Kriegspartei mit Bildern wirbt, auf denen Mütter mit ausgemergelten Kindern auf dem Schoß vor zerbombten Häusern sitzen, natürlich Mütter derjenigen Partei, um die geworben werden soll. Die unpersönlichen Komplexe haben nach Jung eine nahe Beziehung zum Begriff des ↗Archetypus.

Das Besondere am Komplexbegriff, wie ihn Jung verwendet, liegt darin, daß Komplex einen Menschen «ergreifen» können. Ein Großvater von mir (L.S.) geriet jedesmal außer sich, wenn in seiner Gegenwart das Wort «Bahn» erwähnt wurde und begann dann unbekümmert um das aktuelle Gesprächsthema darüber zu wettern, dass die Schweizerbahnen verstaatlicht worden waren und seither finanzielle nicht mehr rentierten, sondern Schulden machten. Ein «Bundesbahn-Komplex». Nach Jung ist eine solche Erregung nur gradweise verschieden von dem, was unter einer Besessenheit verstanden wurde und heute teilweise noch wird. Im Geisterglauben werden seiner Ansicht nach die Komplexe nach außen «projiziert», genauer: «außen erlebt». Es sind dies unbewiesene Analogieschlüsse von Jung: «Wie wenn ... ».

Ein verdrängter Komplex ist immer eine Anspielung auf einen Konflikt und häufig wird unter «Komplex» ein verdrängter Konflikt verstanden. Der Begriff wurde dann auch von Sigmund Freud übernommen: «Ödipuskomplex», «Kastrationskomplex», «Männlichkeitskomplex» und auch von Alfred Adler: «Minderwertigkeitskomplex».

Lebenswende

Damit bezeichnet Jung die Wende vom jugendlichen Erwachsenenalter zum «reifen» Erwachsenenalter, die er etwa vom 35. bis zum 43. Altersjahr ansetzt. Eigentlich kommt es dabei aber weniger auf die Zahl der Jahre an, als auf ein Alter, in dem sich immer deutlicher

die ungelebten und bis anhin verdrängten Wesensseiten melden und zu einem Problem werde, nach meiner Erfahrung meistens erst in einem höheren Alter. Es kommt zu einem allgemeinen Unbehagen, Unzufriedenheit, Leiden an einer Sinnlosigkeit des Lebens, Depressionen, ernsthaften Beziehungsstörungen, z.B. in der Ehe. Wer sich gegenüber seinen Problemen öffnet, wird nach Jung mit der grundlegenden Tatsache der Polarität alles Lebendigen konfrontiert und hat sich mit dieser auseinanderzusetzen, ein Ausgangspunkt für die ↗Individuation.

Der Begriff ist deshalb wichtig, weil die meisten Patienten von Jung, nachdem er seine eigene psychologische Betrachtungsweise ausgebaut hatte, gesellschaftlich und beruflich etabliert waren, aber an «Problemen der Lebenswende» litten. Auch Psychotherapeuten anderer Richtung überweisen manchmal Patienten an einen Jungschüler, wenn diese Patienten ungefähr in diesem Alter sind und von vornherein oder vielleicht auch erst nach einer Behandlung, die hinsichtlich neurotischer Symptome im engeren Sinn durchaus erfolgreich verlaufen sein kann, an «weltanschaulichen Problemen» leiden.

Libido:

In der Medizin heißt dieses Wort soviel wie «sexuelles Begehren». In der Psychoanalyse von Freud wird alles, was mit Zuwendung, Leidenschaftlichkeit und Sinnlichkeit zu tun hat, als «libidinös» aufgefasst, handle es sich um die Liebe zwischen Eltern und Kindern oder zwischen Freunden, um das Sammeln von Briefmarken oder leidenschaftliches Fotografieren usw. (⇗Psychoanalyse) Der Bruch von Freud mit Jung hing unter anderem damit zusammen, daß Jung den Begriff der Libido noch mehr erweitert als Freud , indem er ihn jedes sexuellen Charakters entkleidete und einfach mit «psychischer Energie» gleichsetzte, womit wohl gesagt sein soll, dass auch die Libido im Sinn von Jung etwas ist, was mengenmäßig eingeschätzt werden kann. Libido heißt nun in der Praxis der Jungschen Psychologie soviel wie «Intensität der emotionale Bedeutung». Wenn irgend etwas eine besondere Bedeutung für jemanden hat, ist es nach Jung für ihn «mit Libido besetzt», also z.B. statt: «Sein Beruf hat eine sehr große Bedeutung für ihn» heißt es: «Er hat viel Libido in seinem Beruf investiert!». Es gilt dies aber auch für die Bedeutung, die etwas für jemanden haben kann, das ihm nicht bewußt ist. Ich greife auf ein Beispiel zurück, das ich im Zusammenhang mit dem ↗Assoziationsversuch und den ↗Komplexen erwähnt habe. Der Mann mit dem «Bergsteigerkomplex» hat viel Libido in seiner Liebhaberei investiert. So kann im übrigen nach Jung für jemanden die äußere Realität langweilig und farblos geworden, «wenig libidinös besetzt sein», aber sich dafür etwas in seinem «Unbewußten» zusammenbrauen, das dann schließlich in einem blühenden Traum- und Phantasieleben aufbricht. Seine Libido wäre nach Jung dann «vor allem im Unbewußten».

Menschenbild

Unter dem Stichwort «Menschenbild» komme ich hier nur auf einen Aspekt des Menschenbildes von Jung zu sprechen, nämlich seine Auffassung, dass die Wurzel des einzelnen Menschen durch alle Zeiten bis zur Entstehung des Menschen reichen, ja, wenn man

will, sogar noch tiefer «hinab». Für den Psychoanalytiker und den Individualpsychologen ist die prägende Bedeutung frühkindlicher Erlebnisse wichtig. Für Jung gilt darüber hinaus auch die prägende Bedeutung von Erlebnisweisen aus nicht nur geschichtlich überlieferten, sondern auch vorgeschichtlichen menschlichen Daseinsweisen bis zurück zur Kultur der Sammler und Jäger vor 2-3 Millionen Jahren. Wir erleben unbewusst immer auch heute noch unter oder neben unserer rationalen Weltsicht animistisch, magisch, mythologisch, mittelalterlich. «Heute habe ich eine Pechsträhne!» sagt ein Kartenspieler, der sonst seine gut gehende Schuhfabrik höchst rationell leitet und energisch bestreiten würde, abergläubisch zu sein. «Das Frankenstück will einfach nicht zu mir!», sagt die Verkäuferin, die das ihr hingehaltene Geldstück verfehlt, so dass es auf den Boden fällt. Jemand, der sich betont als religiös-ungläubig bezeichnet, mag sagen: «Das Schicksal meint es nicht gut mit mir!», nachdem ihm ein Unglück zugestoßen ist, oder auch: «Ich bin dem Schicksal dankbar, dass meine Kinder gut geraten sind!»

Ich (L.S.) sehe meinerseits hier eine Verbindung zwischen «frühkindlich» und «urzeitlich»: Erlebt nicht auch das Kleinkind animistisch im Sinn der Zuteilung seelischen Lebens auch an Gegenstände, wenn es das Tischbein tadelnd schlägt, an dem es sich kriechend schmerzhaft angestoßen hat? Und wenn es sich schuldig glaubt, weil das jüngere Geschwister als Folge seiner Todeswünsche (am Scharlach!) gestorben ist, so ist das der Glaube an Magie. Erlebt es den Donner als bedrohliche Äußerung einer übermenschlichen Macht, entspricht dies dem mythologischen Glauben alter geschichtlicher und ungeschichtlicher Völker.

Neurose:

Nach tiefenpsychologischer Auffassung sind Neurosen seelische Störungen auf Grund unbewältigter innerer Konflikte. Nach Jung ringen bei einer Neurose zwei Wesensseiten um die Vorherrschaft, z.B. hier eine Sehnsucht nach Geborgenheit, dort eine solche nach Unabhängigkeit; hier eine Wesensseite, die nach puritanischer Einhaltung von konventionellen Moralgrundsätzen strebt, dort eine Streben nach aggressiver und sexueller Ungebundenheit; hier ein Teil, der sich nach äußeren Verhältnissen richtet und seine Befriedigung im Genuß äußerer Lebenswerte findet (Extraversion, ↗Typologie), dort ein Teil, der sich bevorzugt an Regeln aus seinem eigenen Inneren halten möchte und «inneren Reichtum schätzt» (Introversion, ↗Typologie).

Für gewöhnlich gilt es in jüngeren Jahren, sich ein bestimmtes Bezugssystem von Lebenswerten aufzubauen und auf dessen Grund sich mit der inneren und äußeren Realität auseinanderzusetzen, aber unter bestimmten Umständen, z.B. bei einer unausweichlichen Begegnung mit einem ganz andersgearteten Menschen oder mit einer ganz anders gearteten Kultur, wird der Zwiespalt zwischen der einen und der anderen Einstellung zum Problem. Die Verdrängung der Gegenseite (↗Polarität) läßt sich dann nicht mehr symptomfrei aufrechterhalten. Es kommt zu Störungen wie z.B. Zwangsideen, Fehlhandlungen, Verstimmungen u.a. Dasselbe ist der Fall, wenn die eine Seite des Lebens radikal, absolut und extrem vertreten wird (↗Enantiodromie). Schließlich ist es nach Jung Aufgabe der ↗Lebens-

wende, zu lernen sich mit den zu den bisher gelebten gegenteiligen Möglichkeiten auseinanderzusetzen. Wer dies verweigere, werde zum Patienten.

Persona

«Persona» ist die Maske des antiken Schauspielers. Das Wort ist etruskischen Ursprungs und hat mit dem lateinischen per-sonare [hindurchtönen] nichts zu tun. Als psychologischer Begriff hat «Persona» bei Jung drei verschiedene, wenn auch psychologisch verwandte Bedeutungen. Für alle gilt, dass, wer sich mit seiner Persona identifiziert, seiner Individualität nicht gerecht wird.:

Erste Bedeutung des Begriffs «Persona» bei Jung:

die soziale Rolle, die den Erwartungen der Gesellschaft entspricht, z.B. die Rolle eines Bankbeamten, die Rolle einer Mutter, die Rolle eines Lehrers. Eine «Amtsmiene» ist Ausdruck einer solchen Persona.

Zweite Bedeutung des Begriffs «Persona» bei Jung:

die Maske, mit der wir Mitmenschen begegnen, indem wir uns im allgemeinen scheuen, unser «Inneres» unmittelbar zu offenbaren. Wir möchten vielmehr so oder so gesehen werden. Wenn gesagt wird, echte Freunde seien Menschen, die mich lieben, obschon sie mich kennen, also hinter die Maske sehen, wird auf diese Bedeutung angespielt.

Dritte Bedeutung des Begriffs «Persona» bei Jung:

ein idealisiertes Selbstbild als polares Gegenstück zum ↗Schatten. .

Polarität:

In den Jugendjahren suchen und finden wir für gewöhnlich unsere Identität, ein Begriff, den, ohne ihn selbst genau definieren zu können, Erik Erikson aufgestellt hat. Wir bilden unsere Eigen-Art aus, die uns von anderen unterscheidet. Sie zeigt sich in der Art unseres Erlebens- und Verhaltens und der Bedeutung, dem Sinn und dem Wert, den wir jeweils dem geben, was wir erfahren («Bezugsrahmen»). Damit schließen wir viele andere Möglichkeiten aus. Sie bleiben vernachlässigt, unentwickelt, oft gewaltsam verdrängt. Sie können aber durch gewisse Erlebnisse provoziert werden, z.B. durch mitmenschliche Begegnungen. Nach Jung regt sich «die andere Seite» immer in der Lebenswende und «verlangt Berücksichtigung». Es entsteht eine zweite Identitätskrise nach der Pubertät. Zum zweiten Mal wird die Frage aktuell: «Wer bin ich eigentlich?» Diese Identitätskrise kann nach Jung nur durch den Einbezug der grundsätzlichen Polarität alles Lebendigen in unsere Einstellung zu uns selbst, zu den anderen und zur Welt und zum Leben überhaupt gelöst werden.

↗Gegensatzspannung, ↗Individuation/Individuationsprozess, ↗Lebenswende, ↗Menschenbild, ↗Neurose, ↗Typologie, ↗Unbewußtes!

Religiosität

Nach Jung steht der rationalistischen und materialistischen Weltanschauung und Haltung eine religiöse Haltung gegenüber, die geistigen Werten hohe Bedeutung zubilligt, aber bei vielen Menschen verdrängt ist oder doch nur entstellt als Aberglauben, oft auch als politi-

scher Aberglauben, zum Ausdruck kommt. Der Begriff des Numinosum spielt bei Jung eine große Rolle. «Numinos» ist, was den Menschen irrational ergreift, fasziniert, erschüttert, was ihn im Innersten betroffen sein lässt. Es ist ein Begriff, der sich nur auf ein Erlebnis beziehen kann. «Götter» und «Gott» sind «höchst» numinose Gegebenheiten. Ohne numinose Erlebnisse lebt ein Mensch nach Jung nicht voll und ganz. Jung möchte dem «modernen» Menschen wieder numinosem, mit anderen Worten: religiösem Erleben zugänglich machen. Seines Erachtens war dies bei seinen Patienten nach der ↗Lebenswende nur noch selten durch die Kirche möglich, wohl aber durch Träume und Visionen. Einerseits hält er die konventionellen Konfessionsformen für religiöse Erfahrungen «aus zweiter Hand», «in Flaschen abgezogene Spiritualität, andererseits führt er an, dass ein gläubiger Katholik in den Ritualen der Kirche, insbesondere im Geschehen der Messe doch noch echte religiöse Erfahrungen macht. Was Jung ↗«Archetypen» nennt, sind für ihn Numinosa, die der Mensch von heute in Träumen und in der aktiven Imagination noch im Sinne echter religiöser Erfahrungen *«aus erster Hand». Sie kompensieren auch den materialistischen Zeitgeist. Außer sich, auf einem Olymp, könne sich der Mensch heute keine Götter mehr vorstellen, aber sie lebten noch in seinem Inneren und beeindrucken in numinos erlebten Träumen und Phantasien. Das sind dann die ↗Archetypen in einer der Bedeutungen, die Jung diesem Begriff gibt.

«Schatten»

Unter diesem Begriff werden bei Jung alle abgelehnten eigenen Wesensseiten personifizierend zusammengefasst, darunter als unmoralisch oder infantil abgewertete Wesenszüge. An einer Stelle seines Werkes zählt er aber auch aufkeimende, aber noch nicht bewusste positive Wesenszüge zum Schatten, was aber bei ihm und seinen Schülern kaum eine Rolle spielt, wenn vom «Schatten» die Rede ist. Tritt im Traum oder bei der aktiven Imagination eine gleichgeschlechtliche Gestalt auf, vermutet Jung von vornherein, es handle sich um eine Verkörperung des Schattens, wenn nicht des Großen Weisen (↗Individuation), der aber keine negativen Wesenszüge trägt.

Den eigenen Schatten zu erkennen und zu akzeptieren und nicht in Mitmenschen zu projizieren, ist nach Jung der erste Schritt zu einer Auseinandersetzung mit dem persönlichen ↗Unbewussten im Individuationsprozess und damit zur ↗Individuation. Es gibt aber bei Jung auch einen Schattenarchetypus im Sinn des «als böse Abgewehrten an sich», konkretisiert in religiösen oder mythologischen oder Märchengestalten wie im Teufel in der Begegnung mit Christus oder in der Begegnung mit Faust.

Selbst

Dieser Begriff umfasst bei Jung ganz verschiedene und nicht durch irgend einen Oberbegriff zu vereinbarende Gegebenheiten. Auch hier wieder – wie beim Archetypusbegriff an sich – werden von Jung Erfahrungen nicht von «Erklärungen», d.h. psychologischen Interpretationen dieser Erfahrungen unterschieden.

Das Selbst als Erfahrung :

Numinoses Erlebnis eines Mittelpunktes meiner Persönlichkeit, der außerhalb des Ich-Bewusstseins liegt, dieses aber mit umgreift und letztlich in seinem Erleben und Verhalten bestimmt. Wenn ein Christ sage: «Nicht ich lebe, sondern Christus lebt in mir!», sei dieser Erfahrung gemeint. Diese Erfahrung wird nach Jung als Ziel des Indviduationsprozesses (⇗Individuation) betrachtet, begleitet von spontan gestalteten mittelpunktbezogenen Gestaltungen (Malereien, Sandhaufenbilder, Tänze), die zudem oft durch Integration einer Vierheit («Quaternität») oder eines Vielfachen davon gekennzeichnet sind . Sie entsprechen nach Jung den Mandalas, buddhistischen und insbesondere tibetanischen Meditationsbildern.

Auch in Lebensverhältnissen, die «den ganzen Menschen» fordern, z.B. zur Zeit der Ablösung von den Eltern, zur Zeit der pubertären Identitätskrise, zur Zeit der Lebenswende, werde der ⇗Archetypus des Selbst oft in Träumen und Phantasien veranschaulicht durch göttliche Gestalten oder Mandalas; noch «unverwirklicht» habe er aber oft nicht eine göttliche, sondern eine «niedere» Gestalt, z.B. als Bettler.

Eine psychologische Interpretation der Erfahrung des Selbst durch Jung:

Das Selbst als die Ganzheit des Menschen und nicht nur das «Ich», das als Repräsentant der allein sich selbst bewussten Person verstanden wird.

Eine andere psychologische Interpretation der Erfahrung vom Selbst durch Jung::

Das Selbst ist die Individualität als die Einzigartigkeit des einzelnen Menschen, die sich zunehmend aus der Kollektivität herausschält und entfaltet (⇗Individuation/Individuationsprozess).

Synchronizität:

Das als sinnvoll erlebte Zusammentreffen eines Erlebnisses mit einer äußeren Gegebenheit, die beide, rein rational gesehen, nicht zusammenhängen können, so wenn ich vom Tod meines Vaters träume und nachher erfahre, dass er tatsächlich in dieser Nacht in Kanada gestorben ist. Oder jemand hat nach Jung im Traum eine Situation in einer Stadt in Spanien erlebt, die sich später, wie er zum ersten Mal in dieser Stadt weilte, genau so zugetragen hat. Jung nimmt zur Erklärung solcher Erscheinungen an, daß, was er Psyche nennt, an einem «raumzeitlichen Kontinuum» Anteil habe, in dem es keine zeitlichen und örtlichen Distanzen gebe. Ich (L.S.) stelle mir ein zeitlich und örtlich unbegrenzten Netzwerkes vor, in dem alles mit jedem zusammenhängt.

So «erklärt» sich Jung auch treffende Horoskope aus dem Stand von Himmelskörpern, wozu allerdings zu sagen ist, dass die westliche Astrologie sich im Gegensatz zur indischen gar nicht nach dem tatsächlichen Stand der Sterne richtet, sondern nach den Jahreszeiten, indem sie die Praecession der Tag-und-Nacht-Gleiche nicht berücksichtigt.

Traum

Meines Erachtens praktisch-tiefenpsychologisch bemerkenswert: Ein Traum kann nach Jung auf drei Stufen gedeutet werden

Deutung auf der Objektstufe:

Wenn ich vom Hund meines Nachbarn träume, ist auch wirklich dieser Hund gemeint.

Deutung auf der Subjektstufe:

Wenn ich vom Hund des Nachbarn träume, dann ist meine eigene, möglicherweise verdrängte, Aggression gemeint, der Hund also ein Sinnbild für etwas in mir.

Deutung auf archetypischer Stufe (von Jung – meines Erachtens missverständlicherweise – ebenfalls der Subjektstufe zugeordnet, hier von mir als eigene «Stufe» davon unterschieden)**:**

Wenn ich vom Hund des Nachbarn träume, ist damit das in jedem Menschen auch Tierartige gemeint.

Auf welcher Stufe ein Traum zu deuten ist, ergebe sich aus der Situation des Patienten und dem Stadium der Behandlung. Jung unterscheidet übrigens «gewöhnliche» und «große Träume». Letztere werden als numinos erlebt (↗3. Beispiel; ↗Religiosität) und sind auf jeden Fall archetypisch zu deuten.

Ein Traum kann, wie Jung von seinem Schüler Maeder aufgriff, eine prospektive Bedeutung haben, d.h. zeigen, wie die Zukunft aussehen könnte, was ansteht oder droht, natürlich immer durch bildliche Anspielungen geschildert (↗1. Beispiel), dies nach Jung im Gegensatz zur «nur» reduktiven Deutung nach Freud, die allein darauf hinweise, aus was für Strebungen ein Traum entstanden sei. Wenn Jung sagt: «In diesem Traum will das Unbewusste dem Träumer sagen, dass ... », handelt es sich um eine Interpretation, die therapeutisch durchaus sinnvoll sein kann, und nicht, wie Jung typischerweise meint, um eine Tatsache.

Typologie

Die Typologie von Jung ist nicht durchgehend eindeutig, was die einzelnen Typen und ihr Erleben und Verhalten anbetrifft. Wenn ich im folgenden darauf eingehe, so handelt es sich zum Teil um eine Auswahl der Äußerungen von Jung zum entsprechenden Thema.

Jung unterscheidet die Extravertierten und die Introvertierten als Einstellungstypen voneinander:

Unter Extraversion ist bei Jung ein Erlebens- und Verhaltensstil zu verstehen, der sich nach äußeren Gegebenheiten richtet, seien dies nun konkrete Dinge und Menschen oder konventionelle Ansichten. Der Extravertierte lebt in einem positiven Bezug zur Mitwelt und Umwelt. Was andere denken, sagen oder tun, interessiert ihn und beeinflusst ihn. Er ist umgänglich und anpassungsfähig, was aber nicht heißt, dass er grundsätzlich «angepasst» lebt und reagiert!. Er kann sich gut äußern und rasch reagieren. Ich füge bei, dass Jung ganz ursprünglich den Extravertierten als «nachbedenklich» kennzeichnet hat, weil er zuerst reagiere und handle und dann erst Überlegungen anstelle, was wohl soviel heißt, wie dass er spontan sei.

Unter Introversion versteht Jung einen Erlebens- und Verhaltensstil, der sich nach sogenannt inneren Gegebenheiten richtet, seien diese nun eigenständig und unabhängig von äußeren Umständen entwickelte Werte oder aber archetypische, allen Menschen gemeinsame «Urwerte» (↗Archetypen), die nach Jung auch «in» der Seele sind. Der Introvertierte ist wenig interessiert, was «man» denkt und wie «man» auf Ereignisse reagiert. Des-

halb wirkt er unabhängiger und unbestechlicher als der Extravertierte. Die Kriterien für die Wahrheit seiner Urteile und die Richtigkeit seines Verhaltens entnimmt er eigenen Überlegungen. Im Umgang wirkt er eher verhaltend. Ganz ursprünglich hat Jung den Introvertierten als «vorbedenklich» gekennzeichnet, weil er zuerst Überlegungen anstelle und dann reagiere und handle.

Nach Jung handelt es sich um zwei mögliche, aber gegensätzliche Einstellungen. Nach angeborenen Wesenszügen und auf Grund von ersten Erlebnissen in der frühen Kindheit, vielleicht auch nach dem Modell einer Elternperson oder einem anderen nahestehenden Erwachsenen wird eine dieser Einstellungen «gewählt», um das Leben zu bestehen. Es ist nun typisch für die Betrachtungsweise von Jung, dass durch eine solche «Wahl» die andere dazu gegensätzliche Möglichkeit nicht ausgeschaltet ist, sondern eben «als Möglichkeit» weiter im Betreffenden bestehen bleibt, aber, wie Jung formuliert, als «minderwertig», weil undifferenziert. Für einen Extravertierten gilt der Introvertierte als narzisstisch, weil gleichgültig gegen Konventionen. «Eigen-sinnig» wäre eine gute Bezeichnung. Was soll bei einem introvertierten Freund sein Interesse für Meditation und Mystik bringen? Dadurch wird die von der Politik bestimmte «Welt» nicht verändert. Für den Introvertierten ist der Extravertierte abhängig von Mitwelt und Umwelt und deshalb «unfrei». Weshalb geht er nicht spazieren, wenn es regnet, wenn er doch das Bedürfnis dazu hat? Weshalb richtet sich sein Gefühl für Lebensqualität nach äußeren Verhältnissen?

Auf einer Wanderung fragt der Extravertierte gerne irgend jemandem nach dem Weg; das gibt ihm Gelegenheit zur Kontaktnahme mit einem anderen Menschen. Der Introvertierte verlässt sich lieber auf seine Landkarte, einmal weil Auskünfte von Einheimischen bekanntlich ganz unzuverlässig sein können, andererseits weil er nicht besonders gerne nur wegen einer Auskunft Kontakt zu gleichgültigen Menschen aufnimmt und schließlich weil er selbst den Weg wählen will, der zum Ziel führt. Für einen Extravertierten spielt eine wichtige Rolle, was sich um ihn herum ereignet. Für den Introvertierte spielen eigene Gedanken, Bedürfnisse, Phantasien eine wichtigere Rolle.

Zudem unterscheidet Jung typologisch neben der extravertierten und introvertierten Einstellung vier Orientierungen oder Funktionen, nach denen er seine Entscheidungen richtet, als Denktyp nach logisch erfassbaren Sachverhalten, als Gefühlstyp nach geschmacklichen, stimmungsmäßigen, moralischen, vernünftigen, gesellschaftlich als Takt bezeichneten Werten. Das Gefühl bezeichnet Jung aber auch als eine «Funktion des Gemüts», was nicht ganz dasselbe ist.

«Es war ein schöner Abend», sagt die Gattin, ein sogenannter Gefühlstyp. «Endlich wieder einmal Leute, mit denen sich so richtig plaudern lässt. Es war auch interessant, ihre Ansicht über das neueste Schauspiel von Dürrenmatt zu hören.» «Na ja,» meint der Mann, ein sogenannter Denktyp: «Es war ganz nett, aber eine richtige Diskussion ist nicht in Gang gekommen. Kaum wurde es interessant, wurde das Thema gewechselt. Einfach so Geplauder. Warum hast du übrigens nicht deutlich gesagt, dass dir der Dürrenmatt gar nicht gefallen hat. Als sie so begeistert davon sprachen, hast du zustimmend gesagt: «Ja, es war wirklich inter-

essant!» «Damit habe ich nicht gesagt, dass er mir gefallen hat. Ich wollte die gute Stimmung nicht verderben!»

Unter Empfindung versteht Jung einerseits die Erfassung sinnlich wahrnehmbarer Sachverhalte im «Hier und Jetzt». Nach solchen orientiert sich der Empfindungstypus in erster Linie. Unter Intuition versteht Jung die Erfassung der Möglichkeiten, die in einer Situation liegen als einer eigenen Art der Wahrnehmung im Gegensatz zur Erfassung sinnlicher Tatsächlichkeit.

«Hast du den jungen Selters gesehen?» fragt eine Frau ihren Mann, nachdem sie von einer Gesellschaft nach Hause gekommen sind. «Wie abgeschnitten sein Vater! Und so leuchtende blaue Augen!» «Leuchtende blaue Augen?», meint der Mann: «Mag sein. Ich kann mich nicht erinnern, aber aus dem wird etwas. Ich sehe allerdings eher einen Künstlernatur in ihm als einen zukünftigen Kaufmann. Wenn das dann nur nicht einmal Schwierigkeiten gibt mit dem alten Selters!» «Wie können dir solche Ideen kommen», entgegnet die Gattin, «wenn du nicht einmal weißt, welche Farbe seine Augen haben!»

Denken und Fühlen sind nach Jung gegensätzliche, nach seiner Formulierung rationale, wohl im Sinn von urteilenden Funktionen, Empfindung und Intuition sind irrationale, weil wahrnehmende Funktionen. Eine sogenannt rationale kann mit einer sogenannt irrationalen Funktion zusammengehen, aber nicht mit der gegensätzlichen. In diesem Zusammenhang gilt auch wieder, was Jung von den Einstellungstypen gesagt hat, immer ist die zur «gewählten» gegensätzlich Funktion «minderwertig», weil undifferenziert.

Nach Jung ist ein extravertiertes Denken wieder anders als ein introvertiertes Denken. Das gilt für alle «Funktionen», womit im Ganzen acht Typen gegeben sind und, wenn man das Zusammengehen von je einer rationalen mit einer irrationalen Funktion in Betracht zieht, sechzehn Typen. Ich gehe an dieser Stelle nicht näher auf diese Differenzierung der Typologie von Jung ein.

Jeder Mensch hat beide «Einstellungen», die extravertierte wie die introvertierte, und hatte alle «Funktionen» als Möglichkeit zur Verfügung, aber spezialisiert sich sozusagen im Laufe seines Lebens auf einen Typus, während der andere für ihn «minderwertig» bleibt, d.h. primitiv und unentwickelt. Der «Denker» kann bei einer sentimentalen Stammtischrunde auch die Stimmung genießen, aber sein Leben richtet er nicht nach solchen Stimmungen aus, sondern nach sachlichen Kriterien. Ein Gefühlstyp erlebt es häufig als rücksichtslos, Urteile und Entscheidungen auch in sozialen Situationen nach logischen Sachverhalten zu richten. Ähnliche Verhältnisse spielen bei Empfindung und Intuition eine Rolle. Tatsächlich ist immer die Stärke des einen Typus, die Schwäche des anderen, was Beziehungen zwischen gegensätzlichen Typen schwierig macht.

In der psychotherapeutischen Beratung kann bei der Aufarbeitung von Beziehungsproblemen die Kenntnis der Jungschen Typen hilfreich sein. Ein Hinweis zu allen Charaktertypologien: Für irgend einen Vertreter eines Typus irgend einer Typologie ist die dazu gegensätzlichen Erlebens- und Verhaltensweisen, weil beim Betreffenden «ungeübt» und «undifferenziert», «minderwertig» und zur ↗Individuation gehört auch eine echte Einfühlungsfähigkeit in die Vertreter des Gegentypus.

Übertragung:

Dem psychoanalytischen Begriff der Übertragung hat Jung die archetypische Übertragung beigefügt, so wenn vom Therapeuten mit göttlichen Attributen geträumt wird oder wenn er als das «Urböse» erlebt wird.

Jung hat sich aber mit der Übertragung im Sinn der Beziehung zwischen Psychotherapeut und Patient oder Klient noch in anderer Hinsicht beschäftigt. Er versuchte zu «erklären», was zwischen einem tiefenpsychologisch arbeitenden echt engagierten Psychotherapeuten und seinem Klienten bei einer eingehenden Analyse vor sich geht. Die persönliche Beziehung zwischen Psychotherapeut und Klient ist dabei ein ganz wesentliches Element. Persönlichkeit reagierte gleichsam chemisch mit Persönlichkeit, das «Unbewusste» des einen, sagt Jung auch, mit dem «Unbewußten» des anderen. Auch der Therapeut hat während der «Behandlung» einiges mitgemacht, Höhen und Tiefen erlebt, sich fortlaufend nicht nur mit dem Klienten, sondern auch, angeregt durch die «Behandlung», mit sich selber auseinandergesetzt. Er ist ein anderer als zuvor. Jung hat sich eingehend mit diesem meines Erachtens letztlich rational unerklärlichen Vorgang auseinandergesetzt und als «Psychologie der Übertragung» dargestellt. Dabei glaubte er, im Schrifttum über die Alchemie eine Veranschaulichung dieses Prozesses gefunden zu haben. Meines Erachtens ist Jung für mich nachfühlbar fasziniert davon, daß sich hinter der «Droge Arzt», wie heute oft nach Balint gesagt wird, mindestens im psychotherapeutischen Bereich Geheimnisse verbergen, die allein durch Psychologie nicht fassbar sind.

Unbewusstes

In der tiefenpsychologischen Betrachtungsweise der Analytischen Psychologie spielt nicht nur die Eigenschaft «unbewusst» eine Rolle wie z.B. in der ⇗Individualpsychologie, in der ⇗Transaktionalen Analyse oder implizit in der ⇗Kognitiven Psychotherapie, sondern auch vergegenständlicht «das Unbewusste». Dieses «Unbewusste» gleicht nach Jung, wie in der Zusammenfassung bereits erwähnt, über Träume, Phantasien, neurotische Symptome eine einseitige Haltung des Ich-Bewusstseins aus («kompensiert sie» – ↗Kompensation). Es ist dies nach Jung seine Funktion, – als «Waltendes» hat es, wie es Jung sieht, diese «Aufgabe».

Jung unterscheidet ein persönliches Unbewusstes von einem unpersönlichen Unbewussten. Unter dem *persönlichen Unbewussten* versteht er (1.) einmal die ungelebten, verdrängten, unentwickelten, zur bewussten Haltung im Gegensatz stehenden eigenen Wesenszüge, (2.) dann aber auch, was etwas ganz anderes ist, alles das, was der Betreffende unterschwellig wahrgenommen und überlegt, gleichsam «nebenbei» bemerkt und gedacht hat.

Unter dem *unpersönlichen* oder *kollektiven Unbewussten* versteht Jung (1.) einmal das, was durch das kollektive Bewusstsein, also den Zeitgeist, an dem alle teilhaben, verdrängt und nicht beachtet wird, (2.) dann aber auch die biologischen Grundlagen des Lebens, einmal die «die Anlagen zu instinktivem Handeln», dann aber allgemeinmenschliche «Anschau-

ung» oder «Auffassung» (↗Archetypen). Da es die Archetypen an sich nicht gebe, ähnlich den platonischen Ideen, spricht Jung von ihrem «Reich» als vom absoluten Unbewussten, dessen «Inhalte» nie bewusst werden könnten. Die Archetypen «wollen» [!] aber gelebt werden und wirken aus dem absoluten Unbewussten psychologisch-dynamische auf die menschlichen Erlebens- und Verhaltensweisen.

5. Literaturempfehlung

Sich in die von Jung selbst verfasste Literatur einzulesen, ist wegen der für den Autor typischen massenhaften kulturhistorischen Hinweise und wegen Mehrdeutigkeiten von Begriffen für einen naiven Leser schwierig. Alle Grundgedanken der Jungschen Psychologie enthalten aber auf leicht fassliche Weise zwei Aufsatzsammlungen, die neben der Ausgabe des Gesamtwerkes wieder als solche erschienen sind: *Seelenprobleme der Gegenwart* (Jung 1931) und *Wirklichkeit der Seele* (Jung 1934). Der *Organismus der Seele* von Gustav Richard Heyer, J.F. Lehmanns Verlag, München 1932, ist die beste Einführung in die Praxis der analytischen Psychologie von C. G . Jung, immer wieder neu aufgelegt. Erwähnenswert ist von Jolande Jacobi *Die Psychologie von C. G. Jung*, Taschenbuch Verlag, Frankfurt a.M. 1977 (270 Seiten) und spätere Auflagen. Im umfangreicheren Werk von Gerhard Wehr *Carl Gustav Jung: Leben, Werk, Wirkung*, Kösel, München, 1985 (470 Seiten) wird auch die Persönlichkeit von Jung berücksichtigt

«KLASSISCHE» VERHALTENSTHERAPIE

Ich sehe hier davon ab, dass heute die Psychotherapeuten, die sich Verhaltenstherapeuten nennen, die Verfahren der kognitiven Therapie in die Verhaltenstherapie einbezogen haben, was die psychologische Betrachtungsweise verändert hat: ⇗Verhaltenstherapie nach der «kognitiven Wende». Gewisse bewährte Verfahren der «klassischen» Verhaltenstherapie wurden mit Modifikationen und etwas anderem psychologischen Verständnis beibehalten. Trotzdem schildere ich hier kurz, was in den 50er und 60er Jahren allein unter «Verhaltenstherapie» verstanden worden ist, da immer wieder darauf Bezug genommen wird.

1. Zusammenfassung

Als psychologische Grundlage der «klassischen» oder «behavioristischen» Verhaltenstherapie galt die von den Tierversuchen von Pawlow und von Skinner abgeleitete Lernpsychologie. Bei diesem spielt die Vorstellung von bedingten Reflexen eine entscheidende Rolle. Verhaltensweisen und damit auch als krankhaft geltendes Verhalten ist für die «klassischen» Verhaltenstherapeuten erlernt und die Behandlung unerwünschten Verhaltens bestehe in Maßnahmen oder Anleitungen zum «Verlernen».

Verhalten ist für jedermann beobachtbar, Erfolge eindeutig als Veränderung des Verhaltens festzustellen. Eine zu behandelnde Störung muss also vor der Behandlung als verhaltensbezogen definiert werden. Eine Patientin litt an Panikzuständen, wenn sie Blut sah. «Panik» ist ein beobachtbares Verhalten, auch wenn dieses von der Patientin, die einen Therapeuten aufsucht oder von Angehörigen nur geschildert wird. Die «Geschichte» dieser psychischen Störung – wie ich wusste: von der Mutter als Modell übernommen – interessierte den Vertreter der «klassischen» Verhaltenstherapie, dem ich die Patientin überwiesen hatte, nicht; es interessierte ihn ebenfalls nicht, was «Blut» für die Patientin bedeutete; es interessierte ihn allein, wie diese lästige Reaktionseigentümlichkeit verlernt werden kann. Verlernt wurde sie in der Folge durch die unten im ersten Beispiel geschilderte systematische Desensibilisierung. Ich schreibe absichtlich von einer «lästigen» und nicht von einer «krankhaften» Eigentümlichkeit, da das Wort «krankhaft» an Körperkrankheiten denken lässt, bei denen eine «Ursache» der Beschwerden gesucht und beseitigt oder in ihrer Wirkung gemildert werden muss. Nach «klassisch» arbeitenden Verhaltenstherapeuten lenkt die Benennung einer funktionellen psychischen Störung wie der beschriebenen Phobie als «krankhaft» von der Tatsache ab, dass sie «erlernt» ist und die Behandlung in «Verlernen» oder «Abgewöhnen» besteht.

In der «klassischen» Verhaltenstherapie werden, wie aus den Beispielen hervorgeht, ganz verschiedene Verfahren angewandt:

2. Beispiele

2.1 Erstes Beispiel: Systematische Desensibilisierung

Eine Frau hat eine so ausgesprochene Angst vor Spinnen, dass sie sich weigert, in einem Raum zu verweilen, in dem sie Spinnen vermutet. Alte Bauernhäuser, Skihütten,

Scheunen kann sie nur mit großem Widerwillen betreten, darin zu übernachten ist ihr unmöglich. Sieht sie auch nur von weitem in einer Zimmerecke eine Spinne, erfasst sie ein unwiderstehliches Grausen: Sie wird bleich, verspürt heftiges Herzklopfen, beginnt zu zittern und, wenn eine große schwarze Spinne sich auch nur von weitem in Richtung auf sie zu bewegt, läuft sie davon. Begibt sich diese Patientin zu einem Verhaltenstherapeuten, so wird er ihr zuerst einmal dazu verhelfen, sich seelisch und körperlich entspannen zu lernen, wofür verschiedene Methoden zur Verfügung stehen. «Entspannung» und «Angst» sind zwei Gemütszustände, die sich nicht «vertragen». Später wird er sie dazu auffordern, sich in seinem Sprechzimmer entspannt in einen bequemen Sessel zu setzen oder sich auf die Couch zu legen. Nun soll sie sich vorstellen, sie blättere in einem Bilderbuch, in dem unter anderem auch kleine Spinnen abgebildet sind. Wenn es ihr möglich ist, sich solche Spinnenbilder im Geist ohne Angst, wenn auch vielleicht mit einem geringen Unbehagen, zu betrachten, werden der Patientin Bilder von größeren Spinnen gezeigt. Schließlich werden der Patientin künstliche Spinnen gezeigt, dann wird sie aufgefordert, sich eine Spinne im Freien vorzustellen, vorerst in weiter Entfernung, dann immer näher. Solche «Vorstellungsübungen» werden in mehreren Sitzungen durchgeführt, wobei die Patientin Schritt für Schritt sich der Begegnung mit Spinnen, schließlich auch mit wirklichen lebenden Spinnen in zunehmender Nähe aussetzen lernt. Dabei verliert sie schließlich ihre Panik, wenn sie Spinnen auch im Alltag begegnet,.

Dieses Verfahren heißt systematische Desensibilisierung. Es gilt auch heute noch als erfolgreiches Verfahren bei isolierten Phobien.

2.2 Zweites und drittes Beispiel: Aversionstherapie

Zweites Beispiel

Es mag vor über einem halbes Jahrhundert gewesen sein, als ich eine psychiatrische Klinik besuchte, in der chronische Alkoholiker mit Verhaltenstherapie behandelt wurden. Jeder der Patienten hatte eine oder mehrere Flasche seines Lieblingsweins vor sich und durfte davon trinken, soviel er wollte. Nachdem er aber eine gewisse Menge getrunken hatte, wurde ihm ein Brechmittel gespritzt. Das Trinken sollte ihm, wie mit einem treffenden deutschen Ausdruck gesagt wird: «vergällt werden».

Drittes Beispiel

Patienten, der sich wegen Homosexualität behandeln lassen wollten, wurde eine Elektrode am Körper befestigt, mittels deren sie von Therapeuten elektrisieren werden konnten. Dann wurden ihnen fortlaufend Bilder bekleideter und nackter Männer und Frauen gezeigt. Jedesmal wenn ein Patient das Bild eines für ihn sexuell attraktiven Mannes betrachtet, ohne es sofort wegzulegen, wurde er schmerzhaft elektrisiert; die Bilder von Frauen durfte er längere Zeit betrachten, ohne während dieser Zeit belästigt zu werden. Zunehmend stellt sich bei vielen Klienten eine ängstliche Abneigung gegenüber den Abbildungen von Männern ein, während die Betrachtung von den Frauenbildern eine beruhigende Wirkung ausübt. Die beiden Autoren, die dieses Verfahren erprobt und beschrieben haben, stellten ein Jahr später fest, dass über die Hälfte mit dieser Methode behandelter Patienten heterosexuell geworden

und geblieben sind. Auch wenn eine einjährige Nachbeobachtung noch keinen Dauererfolg beweist, sind diese Beobachtungen bemerkenswert. – Ich frage mich, ob mit einem entsprechenden Verfahren auch Heterosexuelle in Homosexuelle verwandelt werden könnten.

Es handelt sich in beiden Beispielen um Aversionstherapie. Die Patienten wurden natürlich vorher eingehend aufgeklärt, was auf sie wartet und nur solche behandelt , die wirklich unter großem Leidensdruck standen. Heute wird die Aversionstherapie wegen mangelhaften Dauererfolgen nicht mehr angewandt.

2.3 Viertes bis siebentes Beispiel: Operante Konditionierung

Viertes Beispiel:

Eine geisteskranke Frau wird seit Jahren in einer psychiatrischen Klinik gepflegt. Sie hat unter anderem die eigenartige Gewohnheit, ständig mehrere Taschen mit sich herumzuschleppen und unzählige Kleidungsstücke übereinander zu tragen, wohl im ganzen etwa 10 Kilo Kleidungsstücke zuviel, worunter zum Beispiel auch 18 Paar Strümpfe. Alles Zureden, bereits über Jahre, konnte die Patientin nicht bewegen, auf die Handtaschen zu verzichten und die überzähligen Kleidungsstücke abzulegen. Schließlich versuchen Ärzte und Pflegerinnen eine andere Methode: Vor dem Eingang zum Esssaal wird eine Waage aufgestellt, und die Patientin wird nur dann zu den Mahlzeiten zugelassen, wenn sie täglich weniger Gewicht aufweist, indem sie ihre Taschen im Zimmer lässt oder sich überflüssiger Kleidungsstücke entledigt. Wenn sie sich diesen Bedingungen nicht unterzieht, muss sie auf die Mahlzeiten verzichten. Tatsächlich gelingt es auf diese Art und Weise, die Patientin dazu zu bewegen, auf das Schleppen der Taschen im Hause schließlich zu verzichten und sich wie andere Patienten normal zu kleiden. Dadurch ist es möglich geworden, dass sie sich an den geselligen Veranstaltungen der Klinik beteiligen kann, was auf ihren Geisteszustand positiv wirkt, und dass sie, zum ersten Mal nach neun Jahren, von ihren Angehörigen wieder zu einem Spaziergang außerhalb der Anstalt mitgenommen wird.

Fünftes Beispiel:

Ein Junge zeigte im Kindesalter asoziales Verhalten: Er kommandierte die anderen Kinder herum, unterbrach und störte fortlaufend ihr Spiel. «Nachdem in einer fünftägigen Beobachtungsphase das Verhalten des Jungen registriert worden war, wurde in der anschließenden Behandlungsphase systematisch alles unerwünschte Verhalten durch Auszeit bestraft». Bei erwünschtem Sozialverhalten wandte sich ihm die Kindergärtnerin lobend besonders zu, zeigte er störendes Verhalten, wurde er von der Kindergärtnerin kurz angesprochen, beendete er sein unangemessenes Verhalten nicht sofort, wurde er ohne Kommentar für fünf Minuten aus dem Raum entfernt und musste in einem reizarmen Nebenraum allein sitzen. Bereits nach fünf Tagen konnte sich der Junge weitgehend beherrschen und musste nur noch selten auf die erwähnte Art «bestraft» werden (nach M. Abbot, zitiert von Fliegel et al. 1981/[4]1998, S.40f).

Sechstes Beispiel

Zwei Jungen im Kindergarten pflegten bei kleinsten Frustrationen laut zu schreien. Die Erwachsenen wandten sich ihnen dann sofort besonders zu und versuchten sie zu beruhi-

gen. «Nach Analyse und Beobachtung des Schreiverhaltens wurden die Lehrer angewiesen, das Schreien zu ignorieren und konstruktives Verhalten nachdrücklich zu bekräftigen», d.h. zu belohnen. Danach unterblieb das Schreiverhalten aus (nach B. Hart et al., zitiert von Halder 1973, S.87).

Siebentes Beispiel

Bei vielen Kranken, die an einer schweren chronischen Schizophrenie litten und den ganzen Tag nur noch apathisch herumsaßen oder -lagen oder stereotype Bewegungen ausführten, zeigte sich die «Behandlung» mit Spielmarken als erfolgreich. Es wurde bei jedem einzelnen untersucht, was am ehesten geeignet war, eine positive Aufmerksamkeit zu erregen: Zigaretten, Süßigkeiten, bestimmte Esswaren, Gespräche, Spaziergang usw. Sobald sie eine Andeutung von sozial positivem Verhalten zeigten, konnte ein Patient mit Spielmarken Angebotenes «kaufen». Die Erfolge waren erstaunlich!

Interessant ist dabei zweierlei: Bei den Vergünstigungen handelte es sich um Möglichkeiten, die schon zuvor bestanden hatten, aber erst als sie als prompte Belohnungen für positive Verhaltensmodifikationen eingesetzt wurden, zeigten sich der Erfolg. Überdies waren die Erfolge des Verfahrens bei seiner Einführung am auffallendsten und zwar, wie sich später herausstellte, weil Ärzte und Personal sich dabei viel intensiver und eifriger mit den einzelnen Patienten beschäftigten und begeistert waren, etwas entdeckt zu haben, was deren Verhalten positiv beeinflusste.

Beim vierten bis siebenten Beispiel handelt es sich um sogenannte operante Konditionierung, in den ersten zwei Beispielen durch Bestrafung, im sechsten und siebenten durch Belohnung, wie das beides sich auch bei der Dressur von Tieren bewährt. Ist bestrafendes Konditionieren, das einem Patienten wie im vierten Beispiel gewaltsam aufgezwungen wird, moralisch zu rechtfertigen, insbesondere da die Krankheit damit nicht geheilt worden ist? Niemand darf sich meines Erachtens die Antwort auf diese Frage leicht machen. Grundsätzlich ist die Bestrafung im fünften Beispiel auch gewaltsam. Bei Geisteskranken werden heute auch Medikamente eingesetzt, oft übrigens auch mit Zwang. was immer wieder zu Diskussionen führt.

Operante Konditionierung wird heute mit Erfolg besonders bei Kindern, seien sie geistig behindert oder nicht, und bei geistig behinderten Erwachsenen angewandt. Belohnungen sind «sympathischer» als Bestraf ungen, haben sich aber auch als wirksamer bewährt.

2.4 Achtes Beispiel: Einfache reflektorische Konditionierung

Ein Kind, das bereits zur Schule geht, nässt in den Nächten immer noch das Bett. Weder schwerwiegende seelische Konflikte noch ein grob ungeschicktes erzieherisches Verhalten der Eltern können als mögliche Ursache oder doch entscheidende Mitbedingung des Leidens festgestellt werden. Unter dem Unterleintuch wird ein Drahtgeflecht gelegt, das mit einer Weckerglocke verbunden ist. Jedesmal wenn das Bett genässt wird, ertönt die Glocke und weckt das Kind. Es kann dies in den ersten Nächten mehrmals geschehen. Jedesmal müssen die Eltern das feuchte Leintuch entfernen und ein trockenes über das Drahtgeflecht legen. Bald aber wird das Kind schon erwachen, wenn seine Blase gefüllt ist, bevor es also

das Bett genässt und bevor die Weckerglocke ertönt. Es steht dann auf und geht auf die Toilette. Schließlich kann die Apparatur entfernt werden. Das Kind nässt nicht mehr.

Das Kind «lernte» über einen bedingten Reflex, bei voller Blase zu erwachen.

2.5 Neuntes Beispiel: Reizüberflutung

Mein Freund Helmut Schulze, Baden-Baden, schilderte mir, wie er Patienten mit Flugangst in sein kleines Flugzeug setzte und mit ihnen nicht nur eine kleine Flugreise machte, sondern sie erschreckende Situationen erleben ließ, z.B. auf steile Wände zuflog, um im letzen Augenblick eine Wende zu vollziehen, oder sogar akrobatische Kunststücke ausführte, also Situationen herstellte, die für seine Patienten die schlimmst vorstellbaren waren. Natürlich bekamen sie Angst, ja gerieten unweigerlich in schwere Panikzustände, die aber nach 15-20 Minuten abklangen, wodurch sie erfuhren, dass eine solche Panik nicht ewig dauert, sondern abklingt «und weiter nichts passiert». Ähnlich mit Patienten mit Höhenangst, die er mit realen Abgründen konfrontierte, worauf ihre Angst völlig abklingen konnte (Schulze 1977).

In der Verhaltenstherapie nennt sich dieses Verfahren Reizüberflutung.

2.6 Zehntes Beispiel: Selbstüberwindendes Üben

Eine Hausfrau und Mutter kann kein Kaufhaus mehr betreten, da sie in einem solchen in schwere Panik gerät: Die vielen Menschen! Wenn plötzlich ein Brand ausbrechen würde und sie den nächsten Ausgang nicht findet oder wenn sie ihn findet, ist er verstopft durch fliehende Leute. Sie wird angeleitet, einmal ihre Wohnung zu verlassen mit der Vorstellung, sie werde ein bestimmtes Kaufhaus aufsuchen, um einzukaufen. Sie solle aber nur soweit gehen, dass sie es von weitem sieht. Sie soll einen Notizblock und Bleistift mitnehmen und sich notieren, welchen Grad von Angst sie empfindet zwischen 100 und 1. Dies mehrmals wiederholt, bis kaum mehr Angst auftritt, dann dasselbe immer etrwas näher beim Kaufhaus. Schließlich soll sie bis zum Eingang des Kaufhauses gehen, wieder mit der Vorstellung, dort einzukaufen. Wieder soll sie notieren, wie stark die Angst ist, die in ihr aufkommt. Später soll sie das Kaufhaus betreten, aber etwa nach zwanzig Metern umkehren und das Haus wieder verlassen. Wieder Notiz des Grades der Angst usw. Schließlich bringt es die Patientin fertig, im Kaufhaus einzukaufen, wenn auch noch etwas ängstlich gestimmt, aber ohne in Panik zu geraten.

Diese Patientin hat gelernt, sich dem Reiz systematisch mehr und mehr auszusetzen, statt ihn in Erinnerung an ihre Panikzustände völlig zu vermeiden. Die Vermeidung mit der Vorstellung der Panikzustände hat das weitere Bestehen der Störung gefördert. Die an den Notizen erkennbare allmähliche Abnahme der Angstzustände, ermutigte die Patientin fortlaufend zu den weiteren Versuchen. Meines Erachtens ist die Aufforderung, jedesmal genau (!) zu notieren, wie stark die Angstgefühle sind, auch eine «strategische Ablenkung», welche den Angstzustand jedesmal etwas mindert. Dieses Verfahren braucht Mut und den festen Willen, die Störung zu verlieren, dann aber auch eine vertrauensvolle Beziehung zum Therapeuten, was im Grunde genommen den theoretischen Vorstellungen der Vertreter der «klas-

sischen» Verhaltenstherapie widerspricht, denn dabei handelt es sich um eine zu berücksichtigende Bedingung von etwas, das «im» Patienten vorgeht.

2.7 Elftes Beispiel: Lernen am Modell

Ein autistisches Kind soll sprechen und durch Sprache kommunizieren lernen. Es muss zugleich lernen, aufmerksam dem Erzieher zugewandt zu sein. Eine «Verhaltenstherapie» muss Schritt für Schritt ganz allmählich durchgeführt werden.. Es ist bereits ein Erfolg, wie das Kind am 7. Tag, einfache Laute, Vokale, die ihm der «Therapeut» vorspricht, wiederholt. Es wird durch Süßigkeit belohnt. Am 12. Tag wird das erste Wort nachgesprochen und am 26. Tag hat das Kind einen Wortschatz von 30 Worten zur Verfügung (Lovaas nach Halder 1973, S.104).

Das Sprechenlernen durch Nachahmung wird als Lernen am Modell bezeichnet, dazu kommt in diesem Fall allerdings auch operante Konditionierung durch Belohnung. Besonders bei Kindern bewährt sich solches «Imitationslernen».

3. Weitere Ausführungen zur «klassischen» Verhaltenstherapie

Die nach der «klassischen» Verhaltenstherapie arbeitenden Psychotherapeuten vertraten ursprünglich eine besondere Ideologie. Wie erwähnt sind bei ihnen tierpsychologische Beobachtungen Modell auch für psychotherapeutische Verfahren am Menschen. Es geht um Reflexe und ein Reflex ist ein neurologisch verständlicher Vorgang. Durch das begriffliche Sprachverständnis und Denken unterscheidet sich nach den Vertretern der «klassischen» Verhaltenstherapie der Mensch vom Tier. Auch diese Eigenheit kann reflektorisch verstanden werden, als Wirkung eines «zweiten» oder «übergeordneten Signalsystem» (= Reiz-Reaktions-Systems). Ich gehe hier nicht näher auf die «reflexologische» Betrachtungsweise des Verhaltens auch des Menschen ein. Wesentlich sei hier allein, dass sie letztlich auf neurophysiologische Vorstellungen zurückgeführt werden kann. Sie allein ist für die «klassischen» Verhaltenstherapeuten «wissenschaftliche Psychologie». Prägenden Kindheitserlebnisse spielen für den Verhaltenstherapeuten höchstens als Ereignisse zur Entstehung bedingter Reflexe eine Rolle. Die große Aufmerksamkeit, die tiefenpsychologisch eingestellte Psychotherapeuten der Aufdeckung von, wie sie annehmen, prägenden Kindheitserlebnissen widmen und ihr Bestreben durch bewusstes Nacherleben die Heilung zu befördern, ist für «klassische» Verhaltenstherapeuten nur eine Liebhaberei, geht es doch allein darum, Gelerntes oder Angewöhntes zur verlernen. Allfällige Erfolge einer dialogischen Psychotherapie seien verhaltenstherapeutisch zu erklären und auf keinen Fall die Folge einer Einsicht der Patienten. Wie ich an einem Seminar bei Joseph Wolpe, einer Koryphäe der «klassischen» Verhaltenstherapie, die Frage stellte, ob die menschlich Beziehung zwischen Therapeut und Patient nicht eine wichtige Rolle spielte, wurde ich milde belächelt. Es komme allein darauf an, dass de Therapeut das richtige Verfahren wähle und regel-recht durchziehe. Das Verfahren, das im zehnten Beispiel (2.6) geschildert wird, erst recht, wenn es um Zwangsneurosen geht, bei denen der Patient aufgefordert wird, entgegen den Zwängen zu handeln (S. Urike 1996), setzt aber meines Erachtens eine ausgesprochen vertrauensvolle Bezie-

hung des Patienten zum Therapeuten voraus. Sein Vollzug ist ohne eine solche undenkbar. «Vertrauen» ist aber etwas, was *im* Patienten vorgeht.

In den Vereinigten Staaten, in denen die Verhaltenstherapie begründet wurde, waren damals, wie ich bereits in der Einleitung feststellte, in akademisch maßgebenden Kreisen «Psychoanalyse» und «Psychotherapie» sozusagen identische Begriffe und die Verhaltenstherapeuten wurde als oberflächlich und auf die Dauer «natürlich» erfolglos betrachtet. In der Schweiz war das anders. Die Aversionstherapie bei Alkoholikern, die ich als zweites Beispiel geschildert habe, wurde in einer Klinik durchgeführt, die von einem geprüften und anerkannten Psychoanalytiker geleitet wurde.

Heute wird bei den Verhaltenstherapeuten «Lernen» und «Verlernen» nicht mehr als unpersönliche, sondern als persönliche Vorgänge anerkannt. Der psychologische Hintergrund solcher Verfahren wird auch von Verhaltenstherapeuten differenzierter gesehen. Die Beziehung zwischen Patient und Therapie ist nicht mehr gleichgültig: ⇗Verhaltenstherapie nach der «kognitiven Wende». Andererseits sind die Erfolge von «klassischen» Verfahren wie der systematischen Desensibilisierung bei Phobien oder der systematischen Reizaussetzung bei ebenfalls Phobien und Zwangsneurosen oder der Operationalen Konditionierung bei geistig behinderten Patienten allgemein anerkannt. Der Hinweis auf verhaltensbezogenes Lernen und Verlernen im Sinn der «klassischen» Verhaltenstherapie hat auch dazu geführt, dass, was in der Psychoanalyse und anderen dialogischen Verfahren vor sich geht, mindestens zum Teil verhaltensbezogen ausgelegt wird. Auch Tiefenpsychologen anerkennen heute, dass psychotherapeutische Erfolge sich beweisend nur in verändertem Verhalten zeigen.

Nur nebenbei erwähnt: Eines der erfolgreichsten Verfahren, um sich den Nikotingenuss abzugewöhnen, besteht in der Empfehlung, sich zuerst einmal klar zu werden, was für Umstände reflektorisch den Griff zur Zigarette auszulösen pflegen. Ist es vielleicht der Geruch nach frischem Kaffe aus der Tasse Espresso nach einer Hauptmahlzeit? In diesem Fall schafft Tee statt Kaffee nach dem Essen für denjenigen, der einen echten Willen zur Entwöhnung hat, eine entscheidende Erleichterung – eine Art Verhaltenstherapie.

Fortsetzung ⇗Verhaltenstherapie nach der «kognitiven Wende».

KLIENTZENTRIERTE PSYCHOTHERAPIE
«Gesprächstherapie»
nach Carl R. Rogers

Im deutschen Sprachbereich wurde lange von «Gesprächspsychotherapie» gesprochen, was häufig zum Missverständnis führte, darunter sei jede dialogisch vorgehende Psychotherapie gemeint. Heute wird auch der Ausdruck personzentrierte Psychotherapie angewandt. Ihr Begründer Carl R. Rogers schrieb immer nur von klientzentrierter Psychotherapie [Client-centered therapy]. Die Schwerpunkte bei der klientzentrierten oder personzentrierten Gesprächstherapie werden von Schülern von Rogers nicht immer gleich gesetzt wie zuletzt von ihm. Auch hier gibt es, wie bei allen psychotherapeutischen Verfahren, Varianten (Schmid, P.F. 1992, S.95-102). Ich halte mich an die Theorie und Praxis von Rogers, nach der Formulierung von Bommert (1977) : an den «orthodoxen Ansatz der Gesprächspsychotherapie».

1. Zusammenfassung

Carl R. Rogers, der Begründer der klientbezogenen Psychotherapie, setzt als Mitbegründer der Humanistischen Psychologie voraus, dass es zur Natur jedes Menschen gehört, seine Möglichkeiten auf sozial positive Art zu verwirklichen. Bei einer Problemberatung oder Psychotherapie gehe es darum, Blockierungen dieser «Selbstaktualisierungstendenz» zu beheben; dann entwickle sich der Betreffende von selbst zu lebensbejahender und lebensbereichender Reife und Autonomie. Damit dies erreicht wird, ist nach Rogers eine bestimmte Beziehung zwischen Therapeut und Klient, maßgebend, wie Roger erstmals in einem Aufsatz 1953 skizziert und in sozusagen allen folgenden Veröffentlichungen gleichsinnig wiederholt hat. Eine solche Beziehung werde durch die Haltung des Psychotherapeuten und die Aufnahmefähigkeit des Klienten bestimmt. Die Haltung, die der Psychotherapeut einzunehmen habe, bestehe in erster Linie darin, dass er nichts ausblende, was zu seinem Wesen gehöre, so dass sein Selbstbild, zu dem er auch anderen gegenüber stehe, der Wirklichkeit entspreche: Kongruenz. Zu dieser Haltung gehöre auch, dass er seinen Klienten, wer es auch sei, akzeptiere, achte, schätze, ja liebe: bedingungslose Zuwendung. Und schließlich habe er sich in dessen Bezugsrahmen, so gut er es vermöge, einzufühlen, also die Bedeutung, die eine Erfahrung für den Klienten habe, nachzuvollziehen (Empathie). Der Therapeut strukturiert das Gespräch nicht, stellt keine Informationsfragen, schlägt keine Themen an, gibt keine Ratschläge, verhält sich also nicht-direktiv. Es seien im Gegensatz zu anderen psychotherapeutischen Verfahren weder Diagnosen zu stellen noch «Techniken» anzuwenden.

Aus weiteren Ausführungen von Rogers ergibt sich nun aber, dass er in seinem therapeutischen Vorgehen noch zusätzliche Kriterien beachtet: Erstens soll seine Haltung für den Klienten erkennbar sein. Es geschieht dies dadurch, dass der Therapeut immer wieder die Aussagen des Klienten, wenn auch nicht unbedingt mit denselben Worten, wiederholt, so dass dieser nachzuprüfen vermag, ob er verstanden worden ist. Diese Wiederholung erfolgt ohne jede, insbesondere ohne jede moralisierende Stellungnahme. Zweitens aber verbindet

der Therapeut damit die Erwähnung von Gefühlen des Klienten, die diesem nicht klar bewusst sind, wenn sie auch nach dem, was er berichtet, zu vermuten sind. Es geschieht dies wie beiläufig (siehe Beispiele!), ist aber meines Erachtens – was Rogers nicht zu realisieren scheint – eine entscheidende Intervention.

Rogers hat sich auch mit Gruppen beschäftigt, in denen die Teilnehmer sich selber wie die anderen immer besser kennen lernen, indem sie ihre «Fassade», ihr «öffentliches Selbst» aufgeben und zunehmend offen zu ihren Gefühlen stehen. Sie erfahren schließlich, dass sie das gefahrlos tun dürfen und damit freier und erfüllter leben. Das aufrichtige Aussprechen von Gefühlen, die sie für einander hegen, seien sie positiv oder negativ, spielen eine große Rolle, wobei auch eine negative Rückmeldung schlussendlich zu größerer Nähe führe (Rogers 1970).

2. Carl R. Rogers, der Begründer der klientzentrierten Psychotherapie

Carl Rogers (1902-1989), der dieses therapeutische Verfahren begründet hat, wuchs in einer streng religiös-moralisierenden Atmosphäre auf, schloss sich aber nach dem Studium der Theologie einer liberalen reformierten Richtung an, zog sich dann aber auch aus dieser zurück, da er sich nicht mit der Bindung an irgend eine bestimmte religiöse Lehre abfinden konnte. Er studierte schließlich Pädagogik, war in der Folge Erziehungsberater und erziehungswissenschaftlich ausgerichteter Sozialarbeiter. Er wirkte als Professor an den Universitäten von Ohio. Chicago, Wisconsin. Später arbeitete er an dem von ihm mitbegründeten Zentrum für das Studium der Person in La Jolla in Kalifornien.

Es erschienen drei umfangreiche Werke von Rogers mit vielen Beispielen von Dialogen zwischen Therapeut und Klient. Die Erfahrungen und Erkenntnisse des einen Werkes werden jeweils weitergetragen, aber ergänzt durch neue Erfahrungen und Erkenntnisse. Er wurde weitherum bekannt durch sein erstes größeres Werk über Counseling and Psychotherapy (1942), im deutschen Sprachbereich veröffentlicht unter dem Titel Die nicht-direktive Beratung. Das zweite großen Werk hat den Titel *Client-centered Therapy* (1951), deutsch: *Die klient-bezogene Gesprächstherapie*. Beim dritten Werk handelt es sich um ein Sammlung von Aufsätzen von den frühen fünfziger Jahren bis 1960, *On Becoming a Person. A Therapist's View of Psychotherapy* (1961), deutsch: *Entwicklung der Persönlichkeit*.

Rogers war neben seiner Lehrtätigkeit immer psychotherapeutisch tätig, sei es im Rahmen von Einzelbehandlungen, sei es im Rahmen von Gruppen. Rogers und seine Schüler waren und sind fortlaufend bestrebt, an Hand von Tonbandaufnahmen die therapeutischen Gespräche zu analysieren und ihre Erfolge zu verifizieren. Es handelt sich um eine kennzeichnende Eigenheit der Veröffentlichungen von Rogers und seinen Schülern.

3. Beispiele

Dieses Beispiel (frei nach Rogers 1974) zeigt, auf welche Art und Weise Rogers, was der Patient über sich berichtet, «zurückspiegelt» und aber zudem den emotionalen Gehalt hervorhebt. Selbstverständlich ist Einfühlung von Seiten des Therapeuten dabei unentbehrlich, ebenso wohl Zuwendung zum Klienten, nach Rogers auch Kongruenz.

3.1 Erstes Beispiel: Mutter und Tochter

Es handelt sich um eine Klientin, die nach dem Tod ihres Mannes hie und da mit anderen Männern schläft und solche auch zu sich nach Hause nimmt. Sie hat ihre 9-jährige Tochter belogen, als diese sie fragte, ob sie je mit einem anderen Mann geschlafen habe, seit der Vater gestorben sei. Im folgenden ein Bruchstück mit Kürzungen aus dem Gespräch zwischen dieser Klientin und Rogers mit kleinen stilistische Änderungen zur Verbessung der Verständlichkeit.

Klientin: Ich will vor allem wissen, ob es meine Tochter Pammy treffen würde, wenn ich völlig aufrichtig und offen zu ihr wäre, oder ob es sie treffen würde, dass ich sie belogen habe. Ich habe das Gefühl, als müsse es sie belasten, dass ich sie belogen habe. – Rogers: Sie meinen, dass sie Verdacht hegen wird oder dass sie erfährt, dass etwas nicht in Ordnung ist? – Klientin: Ich habe das Gefühl, dass sie mir irgendwann misstrauen wird. Ja. Auch hab' ich mir Gedanken darüber gemacht, was, nun ja, was geschehen wird, wenn sie etwas älter wird und sich selbst in heiklen Situationen findet. Wahrscheinlich würde sie es mir nicht eingestehen wollen, weil sie glaubt, dass ich so gut und rein bin. Aber gleichzeitig hab' ich Angst, sie könnte glauben, ich sei eigentlich ein Teufel. Aber ich brauch' es so sehr, dass sie mich akzeptiert. Aber ich weiß nicht, was eine Neunjährige verkraften kann. – Rogers: Von beiden Möglichkeiten fühlen Sie sich wirklich betroffen. Dass Sie glauben könnte, Sie seien zu gut oder besser, als Sie wirklich sind.

Kommentar (L.S.): Es fällt mir auf, dass Rogers den verständlichen Gedanken der Mutter nicht aufgreift, dass es später für die Tochter auch positiv sein könnte, zu wissen, dass auch die Mutter nach dem Tode des Vaters sexuelle Bedürfnisse hatte, die sie befriedigen wollte.

Klientin: Ja. – Rogers: Oder dass sie glauben könnte, Sie seien schlechter als Sie sind. – Klientin: Nicht schlechter, als ich bin. Ich weiß nicht, ob sie mich akzeptieren kann, so wie ich bin. Ich glaube, ich male von mir ein Bild, dass ich nur rein und mütterlich bin. Ich schäme mich ein wenig meiner Schattenseite. – Rogers: Ich verstehe. Es geht tatsächlich tiefer. Die Frage ist: Wenn Pammy Sie wirklich kennen würde, könnte sie Sie akzeptieren? – Klientin: Das eben weiß ich nicht. Ich will nicht, dass sie sich von mir abwendet. Aber nicht einmal in diesem Punkt kenn' ich meine Gefühle genau, denn es gibt Zeiten, da fühl' ich mich so schuldig, zum Beispiel, wenn ich einen Mann bei mir habe. Ich versuche es sogar so einzurichten, dass mich die Kinder bei so etwas nie erwischen würden, wenn ich mit ihm allein bin. Denn da bin ich richtig misstrauisch. Und doch weiß ich auch, dass ich dieses Verlangen habe. – Rogers: Es ist also klar, dass das Problem nicht nur bei Ihrer Tochter oder in der Beziehung zu Ihrer Tochter liegt, sondern dass dass Ihr Verhalten auch für sie selbst problematisch ist.

Kommentar (L.S.): Hierzu bemerkt Rogers, dass er einfühlend formuliere, was bei der Klientin «ein wenig außerhalb der Grenzen der Gewahrwerdung» liege. Er will der Klientin also etwas bewusst machen. Der Ausdruck der Klientin «Ich schäme mich meiner Schattenseite» erinnert an den Begiff des «Schattens» bei C.G. Jung (⇗Analytische Psychologie, 4.9)

Klientin: In meinem Schuldgefühl. Ich fühle mich so oft schuldig. – Rogers: Welche Handlungen kann ich bei mir akzeptieren? – Und Sie erkennen, dass Sie bei diesen Tricks,

durch die Sie sichergehen wollen, dass Sie nicht erwischt werden oder was auch immer ... Sie erkennen, dass Sie da aus Schuldgefühl handeln. Ist es das? - Klientin: Ja, und ich mag es nicht, dass ... Ich möchte ein gutes Gefühl haben, bei allem, was ich tue. Wenn ich mich entschließe, Pammy nicht die Wahrheit zu sagen, möchte ich ein gutes Gefühl haben. Aber ich möchte auch das Gefühl haben, dass sie damit fertig wird, und das hab' ich nicht. Ich möchte ehrlich sein, und doch habe ich das Gefühl, dass es einige Bereiche gibt, die nicht einmal ich selbst akzeptiere.

Kommentar: Hierzu bemerkt Rogers, dass der Klientin nun klar bewusst geworden sei, was vorher «ein wenig außerhalb der Grenzen der Gewahrwerdung» gelegen habe.

Rogers: Und wenn Sie diese Bereiche in sich selbst nicht akzeptieren können, wie können Sie sich wohlfühlen, wenn Sie Ihrer Tochter davon erzählen? – Klientin: Das ist wahr. – Rogers: Und trotzdem haben Sie, wie Sie selbst sagen, diese Wünsche und Gefühle, aber Sie fühlen sich nicht wohl dabei. – Klientin: Richtig. – – Übrigens habe ich das Gefühl, dass Sie bloß dasitzen und mich schmoren lassen; ich möchte mehr haben. Ich möchte, dass Sie mir helfen, meine Schuldgefühle loszuwerden. Wenn ich meine Schuldgefühle loswerde darüber, dass ich lüge oder mit einem Mann ins Bett gehe und dergleichen mehr, nur dann kann ich mich besser fühlen.

Kommentar (L.S.): Die Patientin kommt hier auf ihr eigentliches Problem: die Schuldgefühle wegen ihres Verhaltens auch sich selber gegenüber, anscheinend allein durch das «Spiegeln» des Therapeuten. Ich frage mich, ob er aber, möglicherweise ganz unbedacht, das Gespräch nicht doch auch steuert, also doch direktiv vorgeht.

Rogers: Ich würde gerne sagen: Nein, ich will Sie nicht in Ihren Gefühlen schmoren lassen! Doch habe ich andererseits das Gefühl, dass es sich hier um eine so persönliche Angelegenheit handelt, dass ich unmöglich an Ihrer Stelle antworten kann. Aber ich möchte jedenfalls versuchen, Ihnen zu helfen, dass Sie sich zu Ihrer eigenen Antwort hinarbeiten. Ich weiß nicht, ob Sie darin einen Sinn erkennen, aber ich meine es ernst.

Kommentar (L.S.): Hier bringt Rogers seine Überzeugung zum Ausdruck, dass der Therapeut oder Berater nicht die Probleme des Klienten von sich aus lösen kann, da er nicht in der Welt des Klienten lebt. Er kann diesen nur schrittweise dazu bringen, sein Problem selber zu lösen.

3.2 Zweites Beispiel: Eine Gruppe von Lehrerinnen

Rogers schreibt im Zusammenhang mit Gruppentherapie immer wieder, wie die Teilnehmer sich Hilfe zu leisten pflegen. Dabei gehen sie, wie das folgende Beispiel zeigt, manchmal aktiver vor, als der Leiter und auch Rogers vorgehen würde, indem sie eigene Gedanken zur Problemlösung beibringen. Es handelt sich um die erste Sitzung einer Gruppe gesunder, im Lehrberuf tätiger Frauen (verkürzt nach Hobbs 1949):

Jane: Ich möchte mich hauptsächlich mit einem Problem beschäftigen und zwar mit dem Konzept von der Abhängigkeit und Unabhängigkeit in der Ehe. Ich bin seit einem Jahr verheiratet – er ist Jurastudent und in erster Linie ein nüchterner Mensch, und ich glaube, dass es zwischen uns einen beträchtlichen Mangel an Verständnis gibt. Der Konflikt entstand

hauptsächlich durch meinen Wunsch, in der Ehebeziehung unabhängig zu sein und nicht abhängig. Ich wollte nicht, dass die Ehe eine fifty-fifty-Beziehung ist. – Leiter: Sie ist jetzt nicht ganz befriedigend für Sie. – Jane: Nein, es ist keine befriedigende Beziehung, aber ich bin überzeugt, dass es eine Möglichkeit gibt, sie zu einer befriedigenden Beziehung zu machen. – (Hier folgt ein Zwischenspiel, in dem eine andere Patienten ihre Eheprobleme diskutiert) – Jane: Ich muss noch eine ganze Weile den Lebensunterhalt für uns beide allein ermöglichen. Ich will kein Geld von seiner Mutter annehmen, die das angeboten hat. Ich habe Angst, ich müsste dieser dann mein Lebens lang gehorsam sein! – Kay: Warum haben Sie das Gefühl, ich meine, also, Sie müssen doch spüren, dass er sie liebt, dass er sie geliebt hat. – Jane: Er ist nicht sehr emotionell, und ich bin es sehr. Ich empfinde ihn als außerordentlich reserviert. Es hat sehr lange gedauert, bis er in den Alltagsbeziehungen mir gegenüber seine Gefühle offen zeigte. Man bekam, um es hart zu sagen, das Gefühl, dass man aus finanziellen und anderen ähnlichen Gründen verheiratet war. Man fängt an, sich alles Mögliche zu fragen, besonders wenn man, wie ich, eine Menge emotioneller Unterstützung braucht und das Gefühl hat, dass man sie, aus welchen Gründen auch immer, nicht bekommt.

Kommentar (L.S.): Hier würde ich als doch etwas «direktiver» Leiter eingreifen und, gleichsam beiläufig, fragen: «Wen meinen Sie mir ‹man›? – Sagen Sie doch lieber ‹ich› oder ‹wir›!». Meines Erachtens wäre das bereits therapeutisch!

– Leiter: Diese Gefühle sind sehr unangenehm. – Jane: Ja, und eine Menge Schuldgefühl ist auch damit verbunden, denn ich bin in der Vorstellung erzogen worden, dass man so nicht über seinen Mann denkt. – Leiter: Sie neigen dazu, sich selbst Vorwürfe zu machen, wenn Sie solche Gedanken haben. – Jane: Ja, und ich denke dann, dass alles, was an unserer Ehe nicht stimmt, meine Schuld ist. Ich neige sehr zu dieser Einstellung, und er hat das Gefühl, dass er, na ja, dass er vollkommen ist. – Kay: Haben Sie mit ihm darüber gesprochen? Weiß er, wie unsicher Sie sich fühlen?

Kommentar (L.S.): Mein Eingriff wäre nicht nötig gewesen. Hier spricht die Klientin offen von sich. – Die Gruppenteilnehmerin Kay wirkt als als Hilfstherapeutin, «spiegelt» aber keineswegs nur, sondern bringt einen eigenen Gedanken bei, der schließlich zu einer entscheidenden Einsicht von Jane führt.

Jane: Ja, er fängt an, es zu merken. Und wie ich schon sagte, erst neulich hat er angefangen ... Ich glaube grundsätzlich ist die Möglichkeit vorhanden, dass wir eine Beziehung zueinander entwickeln, die für beide befriedigend ist. – Leiter: Sie sehen viele positive Faktoren. – Jane: Ja, er wird es einsehen. Aber es kostet mich sehr viel. Es wird noch einiges passieren müssen, ehe er es merkt, aber dann wird er es einsehen. – Kay: Liegt das daran, dass Sie ... hm, drücken Sie dieses Gefühl, das Sie haben, aus? Oder lassen Sie ihn einfach blindlings raten? – Jane: Ich drücke es nicht sehr genau aus, nein. – Kay: Verstehen Sie: er weiß es gar nicht wirklich. – Jane: Ja, er weiß es nicht, das stimmt. –.Leiter: Es fällt Ihnen sehr schwer, dieses Gefühl ihm gegenüber auszudrücken. – Jane: Ja, weil ich ... wenn ich es tue, dann gerate ich in eine Position, in der ich, glaube ich, nicht mehr so hoch oben bin, wie

ich es gern wäre. Ich habe das Gefühl, als wäre ich nicht so erwachsen, wie ich es gerne wäre.

4. Weitere Ausführungen zur klienzentrierten Psychotherapie

4.1 Entwicklung der Gedankengänge von Rogers

Im ersten der oben erwähnten Werke schildert Roger seine Erfahrungen mit einer Methode der Beratung und Psychotherapie, bei der die Führung des Gesprächs ganz dem Klienten überlassen wird. Der Psychotherapeut verzichte völlig auf dessen Gestaltung, verhalte sich also nicht-direktiv, bleibe aber dem Klienten «mit Wärme» zugewandt (Rogers 1942). In seinem zweiten Werk geht Rogers davon aus, dass der Mensch bereits als Kind die angeborene Fähigkeit habe, Erfahrungen, die ihm zugute kommen, positiv einzuschätzen, solche, die seiner Selbstverwirklichungstendenz entgegenstehen, negativ. Durch die Billigung und Missbilligung der Eltern, von denen er vital und hinsichtlich seines Selbstwertgefühls abhängig ist, werde diese «organismische» Fähigkeit verfälscht. Durch eine nicht-direktive Haltung des Therapeuten werde der Klient veranlasst, sein Selbstbild zu korrigieren, indem er sich von den verinnerlichten elterlichen Werten distanziere und die Abwehr von Erfahrungen von sich selber, die seinem bisherigen Selbstbild widersprechen, aufgebe (Rogers 1951). In seinem dritten Werk legt Rogers dar, was heute im deutschen Sprachbereich unter Gesprächstherapie, personzentrierter Psychotherapie oder eben nach Rogers selbst klientzentrierter Therapie verstanden wird (Rogers 1961). Spätere Veröffentlichungen halten sich im Wesentlichen an die darin entwickelten Gedankengänge, wie ich sie auch meinen Ausführungen zugrundelege.

4.2 Ziele einer klientzentrierten Psychotherapie

(1.) Verzicht auf die Abwehr von Erfahrungen, die dem bisherigen Selbstbild widersprechen; (2.) sich selbst so zu erleben, wie es der Wirklichkeit entspricht; (3.) Anpassung des zuvor starren Bezugsrahmens an fortlaufende Erfahrungen; (4.) Mut, von sich selbst und insbesondere von seinen Gefühlen zu sprechen; (5.) Wahrnehmung seiner Probleme und zugleich die Übernahme der Verantwortung für deren Klärung und Lösung; (6.) aufrichtige Nähe zum Therapeuten, ohne das Bedürfnis, eine Rolle zu spielen; (7.) «volle Entfaltung» seines Wesens mit dem Selbstvertrauen, frei aus sich heraus zu leben, sich dessen, was er erlebe, voll bewusst zu sein und auch darüber zu berichten (frei zusammengefasst nach Rogers u. Wood 1974).

4.3 Die «Aktualisierungstendenz»

Was Rogers als «Aktualisierungstendenz» bezeichnet, ist eine Grundvoraussetzung der Humanistischen Psychologie und gehört zu deren «Menschenbild», das z.B. demjenigen von Freud gegenübergestellt wird, der dem Menschen, wie behauptet wird, die Neigung zu Inzest, Mord und Kannibalismus zubillige, die nur durch eine vergleichsweise dünne Kulturschicht abgewehrt werde. Im Grunde genommen werden hier zwei verschiedene Arten von sogenannten Menschenbildern einander gleichgesetzt: ein moralisierendes, nämlich dasjenige der Humanistischen Psychologie, das letztlich auf der irrationalen Überzeugung beruht,

dass der Mensch «an sich» gut sei, und ein solches, das nicht moralisch, sondern empirisch zu verstehen ist, wie dasjenige von Freud. Was als «gut» und was als «schlecht» gilt, hat im Rahmen des letzteren keine absolute Bedeutung. Es gibt Völker, die auch einen Mord durchaus gut-heißen, z.B. aus Blutrache oder aus Genugtuung, sich mit Gewalt durchzusetzen. Meines Erachtens ist das sogenannte Menschenbild der Humanistischen Psychologie eine Arbeitshypothese, die sich in der Psychotherapie solcher «Klienten», die für eine solche aufgeschlossen und geeignet sind, bewährt hat. Seine Verabsolutierung im Sinne «So ist eigentlich der Mensch!» ist eine Glaubensfrage. Es gibt entsprechend auch Schüler von Rogers, welche die Vorstellung, eines «notwendigerweise (nach den Normen der westlichen Kultur) immer gut werdenden Menschen» in Frage stellen (P. F. Schmid 1992).

4.3 «Klient» statt «Patient»

Rogers legt großen Wert auf die Bezeichnung Klient an Stelle von Patient, auch dann, wenn er nicht als Berater, sondern als Psychotherapeut tätig ist. Er denkt dabei nicht an die Bedeutung des Wortes «Klient» im altrömischen Recht, in dem es praktisch eine ausgesprochene Abhängigkeit bedeutete. Er denkt vielmehr an die Kunden eines Advokaten, die üblicherweise als dessen Klienten bezeichnet werden und Auftraggeber sind. Das Wort «Klient» schließt nach Rogers erstens aus, dass der Betreffende krank sein müsse, und belasse ihm zweitens die Verantwortung und Entscheidung für die Ratschläge des Beraters. Der Hilfesuchende sollte nach Rogers auch in der Psychotherapie eine «selbstverantwortliche autonome Person» bleiben. Als einen Patienten sieht er demgegenüber jemanden, der sich zur Behandlung in die Hände eines Arztes begibt und diesen als Autorität erlebt, der ihm sagen wird, was er tun soll. Rogers nimmt auch an, dass eine solche, sich gleichsam unterwerfende Haltung eines Ratsuchenden durch eine professionelle und unpersönliche Haltung des Beraters gefördert werde. Dass auch ein Klient eines Advokaten wie der Patient eines Arztes von seinem Ratgeber als einer Expertenautorität abhängig sein kann, erwähnt Rogers allerdings nebenbei auch.

Rogers lehnt Diagnosen ab, da er in der Diagnosestellung bereits eine Machtausübung des Therapeuten sieht. Damit schließt er es theoretisch aber aus, von den Erfahrungen anderer Therapeuten auf dem Gebiet der therapeutisch angewandten Psychologie zu lernen. So ist es z.B. heute anerkannt, dass bei einer isolierten Phobie bei sonst unauffälligem Charakter eine Desensibilisierung das aussichtsreichste Verfahren ist, um eine Heilung zu erreichen! (⇗Klassische Verhaltenstherapie, 2.1). Um dieser Erfahrung gerecht zu werden, muss aber natürlich die Diagnose einer solchen Phobie gestellt werden, während die therapeutischen Erfahrungen bei der Behandlung einer Borderline-Störung oder einer Charakterneurose wieder ganz andere sind! Immerhin trifft es aber nach meiner Erfahrung zu, dass eine Diagnose eine große Versuchung mit sich bringt, im Patienten nur noch einen «Fall von ... » zu sehen und zu behandeln und nicht mehr einen Mitmenschen. Eine Diagnose braucht die Individualität aber keineswegs auszulöschen.

Meines Erachtens wäre es folgerichtiger, wenn Rogers durchgehend nicht von Psychotherapie, sondern von Beratung schreiben würde, was allerdings an Ratschläge erinnert, die

beim nicht-direktiven Verfahren zu vermeiden ist. Besser wäre vielleicht Hilfe zu konstruktiver Veränderung. In seinem Buch über Gruppentherapie schreibt Rogers, dass er das Wort «therapeutisch» gerne durch «psychologisch wachstumsfördernd» ersetzt sähe (1970, S.123). Das Misstrauen von Rogers gegen die Stellung einer Diagnose ist berechtigt, wenn ein Therapeut damit den Patienten auch als Mensch klassiert und kein Individuum mehr in ihm sieht. Wenn er aber eine Diagnose stellt, um damit die Erfahrungen anderer Therapeuten mit Patienten mit ähnlichen Störungen beiziehen zu können, ist doch wohl nichts dagegen einzuwenden.

4.4 Aktives Zuhören

Das Vorgehen von Rogers umfasst zwei Verfahren, die er selbst nicht auseinanderhält: (1.) Aktives Zuhören, (2.) Ansprechen eines Gefühls, zu dem sich der Klient nicht klar bekennt, weil es seinem Selbstbild widerspricht.

Was das aktive Zuhören anbetrifft, kenne ich eine eindrückliche Erfahrung aus Selbsterfahrungsgruppen. Es handelt sich um die Demonstration der Wirkung «stummen aktiven Zuhörens». Die Übung wird paarweise durchgeführt. Die beiden Teilnehmer sitzen in einem ruhigen Raum einander gegenüber. Der eine Teilnehmer erzählt dem anderen ein persönliches Problem. Der andere Teilnehmer beschränkt sich darauf «aktiv zuzuhören», d.h. bei voller Zuwendung fortlaufend intensiv aufmerksam bei dem zu sein, was der andere berichtet. Seine einfühlend aufmerksame Haltung kommt im Blick und in der Haltung zur Geltung. Er bleibt stumm, stellt keine Fragen, gibt keine Ratschläge, kommentiert auch nicht mimisch oder durch Gebärden, was er von dem, was der andere berichtet, hält.

Die Erfahrung der beiden Teilnehmer ist erstaunlich. Die Erfahrung desjenigen, der sein Problem schildert, erlebt sich durch das schweigende Zuhören des anderen dazu aufgefordert, sein Problem immer wieder von einem neuen Gesichtspunkt aus zu schildern. Würde er sich in einem Selbstgespräch ohne Gegenüber mit seinem Problem auseinandersetzen, würde er sich in einem Kreis von immer wieder denselben Gedankengängen verfangen. Mit einem sichtlich an ihm und seinen Aussagen interessierten Gegenüber aber lernt er, sein Problem auf eine immer wieder andere Weise sehen und entdeckt dadurch oft Alternativen zu einer Lösung. Der Hörende seinerseits lernt, dass im anderen sichtlich etwas geschieht, auch wenn er ihm keine Fragen stellt, nicht Dinge sagt wie: «Das ist mir auch schon passiert!» oder «Das finde ich unerhört, wie Dein Arbeitgeber sich benimmt!» oder nur schon «Ich verstehe Dich gut!». Es fällt dem Hörer allerdings oft schwer, nicht Stellung zu nehmen. Beide lernen, dass stummes aktives Zuhören an sich eine oft eindrückliche konstruktive Wirkung hat. Es lässt sich nach den Begriffen, die Rogers gebraucht, sagen, im Sprechenden komme auf diese Art die «Selbstaktualisierungstendenz» zur Wirkung.

Nach meiner Erfahrung ist es auch bei einzelnen Klienten oder Patienten möglich, das geschilderte Verfahren mit schweigendem aktiven Zuhören anzuwenden, nämlich wenn ersichtlich ist, dass der Klient Vertrauen zum Therapeuten hat, dass es sich um ein bestimmtes, formulierbares Problem handelt, dass der Klient einigermaßen ausdrucksgewandt ist. Dieselbe Haltung des bloßen aktiven Zuhörens ist übrigens auch denkbar, ohne dass der

Therapeut völlig schweigt. Er hat allerdings peinlich darauf zu achten, dass er nichts sagt, was als ein Ratschlag oder ein moralisches Werturteil verstanden werden könnte. Es sind allein Äußerungen zuzulassen, die zeigen, dass der Therapeut am Klienten und seinen Problemen echt (!) interessiert ist und der Überzeugung, dieser könne letztlich nur von sich aus eine für ihn sinnvolle Lösung seiner Probleme finden. Eine solche Haltung entspricht dann derjenigen, die Rogers fordert. Dazu kommt nun bei diesem allerdings noch das Ansprechen von Gefühlen im Sinn, wie ich im folgenden bespreche.

4.5 Konfrontation vorbewusster «Emotionen»

Wenn ein Klient einen Psychotherapeuten aufsucht, hofft er etwas von diesem zu bekommen, was mehr ist als nur die Bereitschaft zuzuhören, nämlich Mitgefühl, Selbstbestätigung, vor allem aber Ratschläge. Die meisten Klienten sind, auch wenn sie einen Gegenüber haben, nicht fähig, ihr Problem auf immer wieder andere Art und Weise zu schildern, sondern sind auf eine bestimmte Sicht gleichsam festgenagelt, wenn sie ihr Problem überhaupt zu erfassen vermögen. Bei ihnen wird die Intervention, wie sie Rogers als angebracht erachtet, aktuell, also die Wiederholung dessen, was der Klient gesagt hat in etwas anderen Worten, um zu prüfen, ob dieser sich verstanden fühlt. Dazu kommt die Formulierung von Gefühlen, die der Klient bei seinen Schilderungen empfindet, ohne sie, wie ich von mir aus sagen möchte, «zu realisieren». Rogers schreibt von Gefühlen, die dem Klienten «kaum bewusst», «erst vage bewusst» sind oder «am Rande seiner Gewahrwerdung auftauchen», ja sogar etwas «unter der Bewusstseinsschwelle liegen» (Ogers 1962b, 1974, 1981).

Nach Rogers geht es nicht darum, eine Emotion zu erwähnen, die dem Patienten bereits klar bewusst ist. Antwortet der Klient, ohne zu zögern: «Ja, genau das habe ich gesagt!», dann sei von der Intervention keine therapeutische Wirkung ausgegangen, wohl aber wenn er zögernd sage: «Aha, so – warten Sie mal! – ja, doch, so könnte es gewesen sein. Sie haben eigentlich recht: Ich war wirklich traurig!». War die Intervention nach Rogers therapeutisch wirksam, ist es gelungen, dass der Klient zu denjenigen Gefühlen, von denen er «weggesehen hat», stehen lerne. Wird ein dem Klienten noch im eigentlichen Sinn unbewusstes Gefühl angesprochen, das er verleugnet: «Nein, traurig war ich nicht!», so handelte es sich nach Rogers um eine möglicherweise schädliche Intervention. Die Schädlichkeit könne darin bestehen, dass der Klient sein Zutrauen zum Therapeut verliere, sich von nun an zurückhalte oder sogar schweige. In einem solchen Fall solle der Therapeut sich zurücknehmen und etwa antworten: «Ach so, dann habe ich das falsch herausgehört!» (Rogers 1981).

In einem ersten Stadium der Entwicklung seiner Methode, schrieb Rogers davon, dass die «Klärung der Gefühle» zu einer «emotionellen Katharsis» und danach zur Einsicht führe (1942). Später betrachtete Rogers den therapeutischen Vorgang als eine schrittweise Annäherung des Selbstbildes («Selbstkonzeptes») an die tatsächlichen Erfahrungen mit sich selber, die der Klient bisher, weil mit seinem bewussten Bezugsrahmen im Widerspruch, zum Teil ausgeblendet habe (1951). Schließlich aber sieht Rogers als Folge ein «natürliches Wachstum» des Klienten, wie in der Zusammenfassung bereits erwähnt. Dazu brauche es nichts anderes [!] als Einfühlung in die Erlebnisweise des Klienten («Empathie») und Echtheit

des Therapeuten, d.h. Offenheit gegenüber jeder Gefühlskategorie bei sich selbst («Kongruenz»). Was Rogers «bedingungslose Zuwendung» nennt, kommt meines Erachtens in der gesammelten Aufmerksamkeit auf das zur Geltung, was der Klient berichtet und was in ihm dabei für Gefühle aufsteigen mögen.

Meines Erachtens ist der deutsche Ausdruck «bedingungslose Zuwendung [regard]» der bessere Ausdruck als «absolute Wertschätzung» [prizing] und liebende Betreuung [caring]. Ich glaube, es geht darum, dass sich der Klient voll und ernst genommen fühlt.

Die Hervorhebung von vorbewussten (Roger: «nicht mehr bewussten, aber doch irgendwie noch verfügbaren» - 1975, S.42) Gefühlen bedeutet, meines Erachtens, eine Konfrontation, aber auf vorsichtige Weise. Rogers scheint geradezu ängstlich bedacht zu sein, den Klienten nicht mit etwas zu konfrontieren, was nicht nur vorbewusst ist, also ohne Überwindung eines Widerstandes wahrzunehmen, sondern recht eigentlich unbewusst im Sinn von verdrängt und abgewehrt. Dass es sich doch um eine Konfrontation im tiefenpsychologischen Sinn handelt, geht aus der Äußerung von Rogers hervor, dass der Klient jeden emotionalen Aspekt des Erlebnisses akzeptieren lernen sollte, auch wenn er mit seinem bewussten Selbstbild nicht übereinstimme. Verleugnungen und Verzerrungen, die sein fixiertes Selbstbild aufrechterhalten, sollte er aufheben. Es gelte also, die Vorstellung von sich selbst zu verändern (Rogers u. Wood 1974, S.131-141-165). Dem gilt die Hervorhebung von Gefühlen durch den Therapeuten, die beim Klienten «am Rande der Wahrnehmung» oder sogar «unter der Bewusstseinsschwelle» liegen!

Rogers schreibt nur immer von Emotionen, die dem Klienten bewusst werden sollen. Klienten sind aber oft auch an ausgeblendeten Wahrnehmungen, Schlussfolgerungen und anderen kognitiven Elementen «krank» oder an fixierten Verhaltensweisen ohne Alternativen. Vielleicht lässt sich eine Erweiterung des Begriffes Emotion über «Zu-mute-Sein» hinaus ablesen, wenn Rogers schreibt, dass ein Erlebnis, am «Rande der Gewahrwerdung» nur eben «als undeutliches Gefühl» auftauche (Rogers 1975, S.42). Bommert schreibt, was vom Gesprächspsychotherapeuten herausgehoben werde, seien nicht nur Gefühle im strengen Sinn, sondern auch «gefühlsmäßige Bewertungen, Wünsche, Interessen, Erleben der eigenen Person und Erleben der Wirkung der eigenen Person auf andere Menschen» (Bommert 1977, S.70). Rogers spricht noch allgemeiner von «geleugnetem und unterdrücktem Material» (1951, S.144), wobei aber nicht klar wird, ob er mehr meint als Emotionen.

Der klientzentriert arbeitende Gesprächstherapeut erläutert dem Klienten sein Vorgehen etwa folgendermaßen: «Ich biete Ihnen an, mit mir frei und offen über alles zu sprechen, was Sie beschäftigt und belastet. Sie bestimmen selbst, worüber Sie sprechen. Ich werde mich bemühen, Ihnen dadurch zu helfen, dass ich Ihnen immer sage, wie ich Sie verstanden habe. Ich werde Ihnen keine Ratschläge und Hinweise geben. Es ist unsere Erfahrung, dass man durch solche Gespräche ruhiger und entspannter wird, wenn auch nicht sofort und immer, und dass es in der Regel so ist, dass, je klarer und deutlicher Probleme werden, sich um so eher auch Möglichkeiten und Wege zu ihrer Lösung finden» (Biermann 1979/[2]1981, S.11).

4.6 Gruppenpsychotherapie

Was die Ausführungen von Rogers zu seinen Gruppen anbetrifft, geht es um nicht anderes, als was ganz allgemein in Selbsterfahrungsgruppen zu geschehen pflegt: Die zunehmende Entwicklung einer anfänglichen gegenseitigen Distanziertheit zu einem Gefühl der gegenseitigen Nähe. Es stellen sich Echtheit (Kongruenz) und Einfühlung (Empathie) ein, jedoch nach meiner Erfahrung nicht, was «absolute Wertschätzung» genannt werden könnte, wenn damit mehr gemeint ist als etwas wie eine geschwisterliche Solidarität. Die Gruppenteilnehmer lernen sich unter Verzicht auf die übliche Fassadenhaltung gegenseitig immer besser verstehen und akzeptieren. Das fördert auch die «Selbstakzeptanz» und hat zweifellos eine therapeutische Qualität. Das Selbstbild wird durch Selbsterfahrung (deshalb «Selbsterfahrungsgruppe) immer wirklichkeitsgetreuer und damit die Entscheidung zu diesem oder jenem Verhalten immer realistischer und bewusster. Nach Rogers hat der Leiter oder die Leiterin einer nach seinen Grundsätzen geführten Gruppe durchaus «Teilnehmerstatus». In vielen Encountergruppen kommen die Leiter offen auch auf ihre höchst persönliche Erfahrungen und ihre Gefühle gegenüber anderen Teilnehmern zu sprechen (Ruitenbeek 1970, S.129). Bei analytisch orientierten Leitern ist das allerdings nur selten der Fall.

Strukturierte Selbsterfahrungsübungen lehnt Rogers ab, denn deren Anordnung sei wie eine Diagnosestellung «direktiv» und würde dem Leiter eine autoritäre Stellung zubilligen. Den Leiter einer Selbsterfahrungsgruppe nennt er aus demselben Grund auch nicht Therapeut, sondern Anreger [facilitator = Erleichterer].

4.7 Zusätzliche Bemerkungen

Rogers ist der Überzeugung, dass der Klient sein Problem «in seiner Welt» und das heißt auch «mit seinem individuellem Persönlichkeitshintergrund» lösen muss (Rogers 1951, 1959). Bei einer echten Begegnung zwischen Therapeut und Klient begegnen sich aber zwei «Welten», wobei es meines Erachtens oft entscheidend ist, dass der Klient die seine in Frage stellen lernt. Rogers selbst berichtet von Erfahrungen, die nicht ganz mit dem übereinstimmen, was er als Psychotherapeut immer wieder als einzig zulänglich betrachtet. Rogers ging in späteren Jahren mit genau derselben Haltung wie bei Neurotikern an Patienten heran, die unter einer chronischen Schizophrenie litten und war und blieb davon überzeugt, dass sein Verfahren auch bei solchen Patienten das richtige sei. Er ist ehrlich erstaunt von guten Ergebnissen ungeduldiger Therapeuten, die keinen Unsinn dulden und die Karten gleich offen auf dem Tisch haben wollen, wobei nicht gut vom Ausdruck «warmer Zuneigung» gesprochen werden könne (1962a, S.199). Einer seiner Schüler, berichtet er selbst, pflege sich nämlich durchaus erfolgreich «mit der versteckten und noch unentdeckten Person des Schizophrenen zu verbünden und unverhohlen die abwehrende Schale aufzubrechen» und dabei sogar «äußerst heftig und mitunter sarkastisch» die psychotischen Symptome» zu kritisieren (ibidem S.202). Die Erfolge mit einem ganz anderen Vorgehen, erklärt Rogers sich einerseits damit, dass dieses eben dem Wesen jener Therapeuten entspreche, diese also sich selber und damit echt seien, andererseits dass an Schizophrenie erkrankte «Klienten» sich dann ernst genommen fühlten, wenn ihnen Direktiven gegeben würden. Mit

solchen «Erklärungen» weicht Rogers dem Eingeständnis aus, dass die von ihm empfohlene Vorgehensweise nicht die einzige ist, um einen Klienten «zu erreichen!».

Rogers gibt sein Gespräch mit Gloria wieder (Rogers 1974), einer Klientin, die ihr Problem nacheinander drei verschiedenen bekannten Psychotherapeuten vorlegte und dabei gefilmt wurde, außer mit Rogers mit Fritz Perls dem Begründer der ⇗Gestalttherapie und Albert Ellis, dem Begründer der rational-emotiven Therape (⇗Kognitive Therapie). Ich habe den Film mehrmals gesehen. Beim Gespräch von Rogers mit Gloria geht er vor, wie oben beschrieben, wobei er a llerdings mehr bestätigt als nur Gefühle im engeren Sinn (Zu-Mute-Sein). Rogers hatte guten Kontakt mit Gloria, den er auch noch nach der Demonstration schriftlich aufrecht erhält. Rogers verschweigt dabei etwas sehr Wesentliches, nämlich dass Gloria am Ende der Aufnahmen zwar sagte, Rogers sei ihr von allen drei Psychotherapeuten am sympathischsten gewesen, aber das Gespräch mit Perls, der alles andere als «rogerianisch», nämlich ausgesprochen sarkastisch, ironisch und provokativ vorging, habe ihr am meisten geholfen!

Es ist aufschlussreich, was Tausch, ein anerkannter Vertreter der klientzentrierten Therapie über den typischen Klienten sagt, der von Gesprächstherapie profitiere: Ein solcher spreche davon, dass er sich selbst nicht lieben und achten könne, dass er sich selbst dauernd im Wege stehe, dass er sich unruhig, verspannt, leidend, unfähig und schwach erlebe, dass er andere meide, weil er sich von ihnen abhängig fühle und sich überhaupt nicht vorstellen könne, dass ihn jemand möge usw. (nach Biermann 1979/[2]1981, S.70). Es geht also, kurz gesagt, um Klienten mit Minderwertigkeitsgefühlen als wesentlichem Symptom. Es passt dies ausgezeichnet zur Haltung eines Therapeuten mit Kongruenz, bedingungslos positiver Zuwendung und Einfühlung gegenüber den Patienten, der keine Diagnosen stellt und in Gruppen keine Übungen vorschlägt, um nur ja den Klienten ohne jedes Machtgefälle zu begegnen. Ein solcher begegnet den Patienten offensichtlich auf der Ich-Du-Ebene nach Martin Buber (Buber 1923). Dafür wird er immer wieder von Vertretern von dialogischer Therapie als vorbildlich angesehen. Es macht aber meines Erachtens gerade das Wesen eines professionellen Psychotherapeuten aus, dass er zwischendurch auch auf die Ich-Es-Ebene umschalten kann, wenn auch ohne sich in dieser zu verlieren, besonders z.B. bei Zwangsneurosen, Charakterneurosen, Persönlichkeitsstörungen. Gerade das lehnt Rogers aber ab.

4.8 Der humanistische Idealismus von Rogers

Rogers ist «felsenfest davon überzeugt ... , dass die therapeutische Beziehung nur ein spezieller Fall allgemeiner zwischenmenschlicher Beziehungen ist, und dass die gleiche Gesetzmäßigkeit alle zwischenmenschlichen Beziehungen regelt» (Rogers 1961, S.53). Daraus ergibt sich ohne weiteres die Ausdehnung seiner in der Beratung und Psychotherapie entwickelter Vorstellungen auf die Pädagogik, die Paartherapie und die Organisationsberatung. Schließlich glaubte Rogers an eine aufbrechende sozial heile Welt, wenn nur jedermann mit der Zeit lerne, sich zu anderen «kongruent», «bedingungslos zugewandt»,«empathisch», einzustellen. «Auf fast jedem Gebiet ist eine stille Revolution im Gange. Sie verspricht, uns zu einer humaneren, personenbezogenen Welt voranzutragen» (Rogers 1977a, S.323).

5. Literaturempfehlung

Eva Biermann-Ratjen u. Mitarb. *Gesprächstherapie: Verändern durch Verstehen*, Kohlhammer, Stuttgart/Berlin/Köln/Mainz,1979/^{2}1981 und spätere Auflagen (168 Seiten). Ausführlich mit Einleitung von Rogers von Peter Frenzel u. Mitarbeitern: *Handbuch der personzentrierten Psychotherapie*, Edition Humanistische Psychologie, 1992 (460 Seiten).

RATIONELLE PSYCHOTHERAPIE ODER PERSUASIONSTHERAPIE

nach Paul Dubois

Paul Dubois ist um 1900 Begründer der modernen dialogischen Psychotherapie und als solcher in allen Ländern der westlichen Welt berühmt, bevor die für Anhänger und Kritiker gleichermaßen faszinierendere Psychoanalyse Freuds allgemein bekannt geworden ist. Ich habe noch Vertreter der älteren Generation gekannt, die bei Dubois in Behandlung gewesen sind. Von den jüngeren Psychotherapeuten wird heute kaum einer mehr etwas über ihn wissen, obgleich er als Vorgänger oder sogar als erster Vertreter der über fünfzig Jahre später erneut entwickelten und heute aktuellen ⇗Kognitiven Therapie gilt.

1. Zusammenfassung

Jemand, dem es eilt, steigt eine Treppe hinauf. Oben angekommen muss er Luft schöpfen und spürt Herzklopfen. Er kann sich nicht erinnern, dass er solches schon einmal verspürt hat und fragt sich ängstlich, ob er vielleicht herzkrank sei. Das nächste Mal betritt er die Treppe bereits mit Angst. Da die körperliche Begleiterscheinung einer Angst Herzklopfen ist, verspürt er solches schon nach wenigen Stufen und da er unwillkürlich seinen Atem anhält, ist die Atemnot ausgesprochener als das letzte Mal. Nun ist er überzeugt, herzkrank zu sein. Die Untersuchungen beim Hausarzt ergeben außer diesen leicht auslösbaren Empfindungen bei körperlicher Anstrengung keinen Befund. Der Teufelskreis eskaliert: Angst vor körperlichen Anstrengen, Herzklopfen, Atemnot und der «Patient» geht von Arzt zu Arzt.

An solche «Patienten» denkt Paul Dubois, wenn er von einer *Psychoneurose* spricht. Mit dieser Bezeichnung will er das Leiden abgrenzen einerseits von Geistesstörungen, die in den Bereich der Psychiatrie gehören, andererseits von Krankheiten, die zum Neurologen und Internisten gehören. Gleichzeitig will er mit dieser Bezeichnung zum Ausdruck bringen, dass ein solches Leiden einer «psychischen Behandlung» bedarf. Dies zur Zeit um 1900, wie der Ausdruck «Psychotherapie» noch nicht in aller Mund ist und das Leiden «Neurasthenie» im Sinn einer besonderen Reizbarkeit des vegetativen Nervensystems mit erhöhter Erschöpfbarkeit sowie das Leiden «Hysterie» mit funktionellen Störungen der Wahrnehmungs- und Bewegungsorgane noch zum Bereich des Neurologen gehören. Noch Freud unterschied ursprünglich Neurosen von psychogenen Störungen und sprach erst später von Psychoneurosen.

Die «psychische Behandlung» von Dubois besteht zuerst einmal in der *Aufklärung* des Patienten, wie sein Leiden entstanden ist mit der Versicherung, dass es sich um keine Krankheit handle, sondern um eine Folge hypochondrischer Schlussfolgerungen. Da eine Veranlagung zur Labilität des vegetativen Nervensystems und eine konstitutionelle Ängstlichkeit mitzuspielen scheint, schließt er eine *Erziehung* des Patienten zu einer stoischeren Geisteshaltung an. Dass sein Patient seine Neigungen zu falschen Schlussfolgerungen und zu Ängstlichkeit inskünftig auch unter provozierenden Umständen durchschaut und sich eine stoischere Haltung aus Einsicht angewöhnt, nennt Dubois erfolgreiche *Selbsterziehung.*

3. Paul Dubois, der Begründer der Rationellen Psychotherapie oder Persuasionstherapie

Das Hauptwerk von Paul Dubois (1848-1918), erschienen 1903, errang in Fachkreisen großes Aufsehen, ist in vielen Auflagen erschienen und in fast alle Kultursprachen übersetzt worden. Dubois war vom Jahr 1876 an praktischer Arzt in Bern und Privatdozent auf dem Gebiet der Inneren Medizin, was seiner Ausbildung als Assistenzarzt entsprach. Er strebte 1879 die ordentliche Professur auf diesem Gebiet an, wurde aber nicht gewählt. Von den vielen verschiedenen Veröffentlichungen erwähnt Christian Müller, auf dessen Ausführungen zur Biographie von Dubois ich mich hier stütze, eine «Mitteilung über Hysterie bei Männern». Dubois erhielt 1902 an der Universität Bern einen Lehrstuhl für Neuropathologie ad personam (Müller, 1955; 2001).

Von Dubois stammt der Begriff der Psychoneurose (Dubois 1905, S.20). Wir müssen uns klar sein, daß damals die funktionellen Störungen noch nicht durch „psychische Mittel" behandelt wurden, sondern mit Medikamenten, Mastkuren und Elektrizität. Christian Müller weiß nichts davon, dass Dubois besondere Beziehungen zu den Ärzten der psychiatrischen Klinik bei Bern unterhielt, aber in seinen Vorlesungen befasst er sich auch mit psychiatrischen Problemen. Neurosen aber galten damals als neurologische Leiden. Dubois war befreundet mit Neurologen J. Déjerine, dem Nachfolger Charcots an der Salpêtrière in Paris, der Klinik für Nervenkranke. Dubois und Déjerine hatten zusammen das Gymnasium in Genf besucht. Der Gedankenaustausch zwischen den beiden Freunden war für beide fruchtbar. Déjerine schrieb auch ein Vorwort zum Hauptwerk von Dubois.

Als Dubois um die Jahrhundertwende den Lehrstuhl für Neuropathologie einnahm, waren die allerersten Forschungsergebnisse und Überlegungen von Sigmund Freud noch nicht allgemein verbreitet, geschweige denn anerkannt.

3. Beispiel

Ein typisches einfaches Beispiel habe ich bereits in der Zusammenfassung erwähnt. Hier ein weiteres:

Arthur Kronfeld (1927, S.387f) berichtet über einen 20jährigen Studenten, der ihn, verzweifelt über die „fürchterlichen Folgen", zu welchen übermäßige Onanie bei ihm geführt habe, aufsuchte: Das Rückenmark fließe aus; das Gehirn sei schon angegriffen, was zwingend daraus zu schließen sei, daß er nicht mehr denken könne, und sein Gedächtnis schwinde; die Knochen seien erweicht, die Muskeln schlaff geworden; Kopfschmerzen und ständiges Herzklopfen plage ihn. Früher war der Patient ein ausgezeichneter Schüler, gesund und kräftig. Jetzt erlebt er sich ruiniert und hat seines Erachtens die Wahl zwischen Kastration und Selbstmord.

Zuerst denkt Kronfeld an eine Psychoanalyse, damals zeitgemäß «Therapie der Wahl». Zu einer solchen wären an sich alle Voraussetzungen vorhanden, aber es geht dem Patienten so schlecht, dass Kronfeld sich vorerst zu einer Krisenintervention entschließt.

Zunächst werden im Gespräch mit dem Patienten die körperlichen Missempfindungen und die Überzeugung einer allgemeinen körperlichen und psychischen Leistungsschwäche

auf die ständige emotionale Erregung zurückgeführt sowie auf eine falsche Auffassung über die Folgen der Onanie. Der Student wird über die physiologische Ventilfunktion der Onanie aufgeklärt. Es wird ihm aufgezeigt, wie seine Schuldgefühle mit seiner moralischen Erziehung und dem seinerzeitigen Zeitgeist zusammenhängen. Das alles muss ihm immer wieder neu, auch an Hand von Fachbüchern eindringlich nahegebracht werden.

Es wird dem Patienten aber auch gleich erklärt, daß er es falsch angefangen habe, sich von seinem Zwang zu befreien, indem er sich immer wieder, und zwar aus moralischen Schuldgefühlen und Angst vor Krankheit, bemüht habe, das Onanieren zu unterlassen. Es sei dies nur, gleichsam in aller Ruhe und ganz systematisch durch Übung möglich, indem er die Onanie vorläufig auf jeden zweiten Tag beschränke und dann die Intervalle langsam erweitere, um die Abwendung von der Realität, die Einschränkung der motorischen Aktivität und das «Zurücksinken ins eigene Ich», wie sie eine fortdauernde Onanie mit sich zu bringen pflege, abzuwenden. Allerdings kann ihm dies erst beigebracht werden, wie er seine physiologischen Vorurteile und seine moralischen Vorstellungen hinsichtlich der Onanie langsam aufzugeben bereit ist, ohne sie durch eine neue Art Hypochondrie zu ersetzen.

Der Patient fühlt sich nach diesen Gesprächen, die sich über drei Wochen erstrecken, «wie von einem Alpdruck befreit, hat wieder Lebenshoffnung und Arbeitsmut gefasst; die weitere Behandlung könne unterbleiben.» Er erscheint in den nächsten Monaten noch einige Male und «dann erst nach fünf Jahren als gesunder und berufstätiger Mann, um zu versichern ... jene Belehrungen» hätten ihm das Leben gerettet und eine Zukunft eröffnet.»

Die Krisenintervention ist also erfolgreich verlaufen. Kronfeld: «Es hätte nunmehr eine vertiefte analytische Sinndeutung sowohl des onanistischen Schuldgefühls als auch des ‹Krankheitsgewinns›, der seine Onanie als einer Wirklichkeitsflucht anhaftete, einsetzen müssen. Der Patient aber fühlte sich praktisch geheilt und eine weitere Behandlung als überflüssig, womit er, wie die weiteren Jahre bewiesen, recht hatte».

Was hatte geholfen? In was bestand das psychotherapeutische Verfahren? In einer sorgfältigen, wissenschaftlich gestützten *Aufklärung* über die Entstehung der Symptome, die den Ratsuchenden im Sinne eines Teufelskreises hatten zu einem suizidalen Patienten werden lassen. Damit bekam er zuerst einmal eine Distanz zu seinem Leiden. Dann erfolgte eine *Belehrung* über das Wesen der Onanie und ihres Einflusses auf die Haltung gegenüber sich und der Realität, wenn sie im Übermaß ausgeübt wird. Schließlich, so können wir annehmen, wirkten auf Grund der guten Beziehung zwischen Therapeut und Patient *Ermunterung* und *Ermutigung*, ja *Erziehung* dazu, dass er sozusagen die Angelegenheit selbst in die Hand nahm, fachsprachlich gesagt: die Selbstkontrolle übernahm.

Das von Kronfeld beschriebene Verfahren ist nicht etwa eine «blinde» unverbindliche Feld-, Wald- und Wiesenpsychotherapie mit zufälligem Erfolg, sondern «hat System». Sie erfüllt die Kriterien von J. H. Schultz an eine Psychotherapie: klare Aufgabe, klare Methodik, sachlich abgestecktes Ziel (1936/[2]1953, S.31). Es geht nämlich nach Kronfeld um die von Paul Dubois um die vorletzte Jahrhundertwende aufgestellte *rationelle Psychotherapie* oder *Persuasionstherapie*.

4. Über das Verfahren der rationellen Psychotherapie oder Persuasionstherapie

Das therapeutische Vorgehen von Dubois besteht darin, die Patienten, die an funktionellen Störungen leiden, davon zu überzeugen, daß sie körperlich völlig gesund sind. Diese Überzeugung begründete Dubois den Patienten gegenüber durch eine genaue Schilderung von der Entstehung ihres Leidens. Nicht nur psychosomatische Symptome, wie im Beispiel beschrieben, sondern auch allgemeine Ermüdbarkeit, Erschöpfbarkeit, Leistungsschwäche, Gedächtnisschwund und Hypochondrie seien letztlich autosuggestiv bedingt oder, wie Dubois auch gleichsinnig sagte, die Folge von Denkfehlern. Die Patienten, die Dubois aufsuchten, hatten sich fast immer bereits mehrmals gründlich untersuchen lassen, ohne daß ein körperlich krankhafter Befund hätte erhoben werden können. Um so überzeugender konnte Dubois seine Erklärungen vorbringen, wie ihr Leiden entstanden sei und um so überzeugender konnte er ihnen versprechen, daß sie völlig geheilt würden, ja, im Grunde genommen schon jetzt völlig gesund seien.

Dubois wusste aber wohl, daß eine intellektuelle Einsicht allein ohne emotionale Regung nicht zu einer Dauerheilung führen kann. Nur Emotionen „bewegen". Dubois sagte, was er den Patienten zu sagen hatte, *eindringlich*. Er scheute, um seine Heilungserfolge zu erklären, auch vor dem Wort Suggestion nicht zurück, betonte aber, daß er nicht etwa die Beschwerden weghypnotisiere oder wegsuggeriere, sondern den Patienten nur in suggestiver Weise mitteile, wovon er selbst überzeugt sei. Er hatte auch keine Hemmungen, das zu propagieren, was später in der Psychoanalyse mit etwas verächtlichem Beigeschmack «Übertragungsheilung» genannt werden wird: «Wir Praktiker müssen unserem Kranken gegenüber eine so lebhafte, gewissermaßen so bestrickende Sympathie an den Tag legen, daß es seinerseits praktisch eine Undankbarkeit wäre, sich nicht heilen lassen zu wollen» (Dubois 1905, S.217). Eine in diesem Sinn positive Übertragung kann auch nach meiner Erfahrung zu einer neuen Spontaneität und damit Heilung wesentlich beitragen, wenn die damit verbundenen Verhaltensmodifikationen sich im Alltag bewähren.

Dubois wusste aber auch um die konstitutionelle Ängstlichkeit und vegetative Erregbarkeit vieler seiner Patienten, wie dies auch heute von Angstkranken angenommen wird. Er musste also auch zur Änderung dessen beitragen, was als «Terrain» bezeichnet werden kann, auf der eine Neurose immer wieder entstehen kann.«Der Zweck der Behandlung soll darin gipfeln, dem Patienten die verloren gegangene *Herrschaft über sich selber* wiederzugeben» (1905, S.29), also das, was heute vornehm «Selbstmanagement» genannt wird. Zwar schreibt Dubois von Willenserziehung, deutet diese aber als «Bildung der Vernunft». Durch «eine wahrhafte Erziehung des Kranken» ist dessen Heilung «zu einer bleibenden zu machen» (Dubois 1903). Er ermutigt sie zu einer «stoischen Ertragung der Widerwärtigkeiten des Lebens! Alsdann werden Sie Ihre Seelenruhe und Ihr[rem] Herz[en] seinen normalen Zustand bewahren» (1905, S.300).

Medikamentöse Hilfen zur Psychotherapie, damals wohl vor allem Brom oder Opium, lehnte Dubois ab, da nur schon die Verschreibung von Medikamenten der Versicherung, der Patient sei letztlich gar nicht krank, widerspreche. Während Dubois Patienten gegenüber diese als «gesund» erklärte, konnte er, wenn er es sinnvoll fand, Angehörigen gegenüber

erklären, die Patienten seien, wenn auch nicht körperlich, so doch psychisch krank, um eine wohlwollendere Haltung dieser Angehörigen gegenüber den «Kranken» zu erreichen.

Dubois bezeichnete sein psychotherapeutisches Vorgehen als «rationelle Psychotherapie». Sie fand unter der Bezeichnung «Persuasionstherapie» [Überredungstherapie] Eingang in die Geschichte der Psychotherapie. Von «Aufklärung» zu sprechen wäre wohl die treffendere Bezeichnung. «Selbstmanagement» ist doch wohl keiner anderen Psychotherapie fremd; gerade in der ⇗Kognitiven Therapie wird darauf großer Wert gelegt.

Durch die Ära der Psychoanalyse traten die Entdeckungen von Dubois, wie von mir bereits erwähnt, in der psychotherapeutischen Szene in den Hintergrund. Dubois hatte allerdings mehrfach Gelegenheit, sich auch mit dem Verfahren der Psychoanalyse bekannt zu machen. Was seine rationelle Psychotherapie mit der gleichzeitig aufgekommenen Psychoanalyse verbindet, ist die Überzeugung von der Psychogenie der Neurosen. Die Bedeutung des sogenannten Unbewußten, der Libido, der Traumsymbolik lehnte Dubois ab. Dazu fällt mir die von Dubois geschilderte Kasuistik einer Patientin ein, die seit 11 Jahren an heftigen neuralgischen Beckenschmerzen litt und deshalb nicht länger als 10 Minuten gehen konnte. Dubois behandelte die Patientin und nach sieben Wochen war sie von ihren Schmerzen geheilt. Dass die Schmerzen der Patientin mit ihrer Heirat begonnen haben, berichtet zwar Dubois so nebenbei, kümmert sich aber weiter nicht darum (Dubois 1903).

Auch eine psychoanalytisch-tiefenpsychologische Psychotherapie ist eine «Aufklärung», die an die rationelle Psychotherapie nach Dubois erinnert wie alle meine Beispiele klar zeigen (⇗Psychoanalyse, 5). Sogar eine regel-rechte Psychoanalyse kann als «Aufklärung» betrachtet werden, da sie den Patienten den Ursprung ihres Leidens in verdrängten Kindheitserlebnissen nacherlebbar zum Bewusstsein bringt, wenn auch auf durch das Verfahren mit freien Einfällen (⇗Psychoanalyse, 4).

Das psychotherapeutische Verfahren, das Paul Dubois anwandte, entspricht dem, was heute ⇗«Kognitive Therapie» genannt wird. Entsprechend wird er von Albert Ellis, dem Begründer der emotional-rationalen Therapie, wie dieser die kognitive Therapie damals noch nannte, als sein Vorgänger angeführt (Ellis 1962/[7]1991, S.34). Ellis empfiehlt übrigens seinen Patienten ebenfalls eine stoische Lebenshaltung. Auch Aaron Beck leitet das Kapitel über «Prinzipien der Kognitiven Therapie» mit einem Satz von Dubois ein (A. Beck 1976, S.179). Dubois war meines Erachtens sogar noch «moderner» als Ellis und Beck in ihren Veröffentlichungen, indem er nachdrücklicher auf die Wichtigkeit der Beziehung zwischen Therapeut und Patient hinwies und freimütig äußerte, daß suggestive Momente dabei eine wichtige Rolle spielen. Wenn im Film gesehen und gehört werden kann, wie Ellis seine Patienten behandelte, ist daran kein Zweifel!

5. Literaturempfehlung

Zur Person von Paul Dubois und seinem Werk: Christian Müller, *«Sie müssen an Ihre Heilung glauben!» Paul Dubois (1848-1918): Ein vergessener Pionier der Psychotherapie,* Schwabe, Basel, 2001 (190 Seiten).

KOGNITIVE PSYCHOTHERAPIE

nach Albert Ellis, Aaron T. Beck, Donald W. Meichenbaum, Judith S. Beck

Wie das, was in der Psychologie als «Kognitionen» bezeichnet wird, am besten wissenschaftlich definiert wird, besteht keine absolute Einigkeit (Flavell 1977). Am treffendsten ist die populäre Bestimmung, dass Kognitionen das sind, was uns durch den Kopf geht, nämlich Gedanken, Überzeugungen, Einsichten, Pläne, Annahmen, Voreingenommenheiten, Erinnerungen, Urteile Schlussfolgerungen usw. Der übliche Ausdruck «kognitive Psychotherapie» ist missverständlich, denn gemeint ist nicht, dass der Therapeut kognitiv vorgeht, sondern dass er sich an den Kognitionen des Patienten orientiert. Trotzdem ist das erwähnte Missverständnis nicht ganz abwegig, denn die kognitive Therapie ist doch auch insofern als solche «kognitiv», als sich der Therapeut, mindestens bei Ellis und Beck, den beiden bekanntesten Vertretern, an das Erkenntnisvermögen des Patienten richtet und das heißt eben philosophisch doch, «kognitiv» vorgeht. Also «kognitive Psychotherapie» in zweifacher Bedeutung.

1. Zusammenfassung

Die Vertreter der kognitiven Psychotherapie unterscheiden psychologisch Kognitionen, Emotionen und Verhaltensweisen, die gegenseitig voneinander abhängig sind. Dabei räumen sie den Kognitionen eine besondere Stellung ein. Zur Definition dessen, was unter «Kognitionen» zu verstehen ist, eignet sich, wie bereits erwähnt, am besten die populäre Bestimmung: alles das, was uns durch den Kopf geht. Die kognitive Psychotherapie geht davon aus, dass Kognitionen unsere Emotionen und unser Verhalten weitgehend bestimmen, besonders die Kognitionen «Annahmen» oder «Überzeugungen» [beliefs] über uns selbst, die anderen oder von Leben und Welt als Ganzem. Kennen wir die aktivierten Kognitionen, verstehen wir das Erleben und Verhalten eines Menschen am besten und können über Änderungen von Kognitionen das Erleben und Verhalten beeinflussen und ändern.

Wer unter erlebnisbedingten («psychogenen») Störungen leidet, richtet nach Ellis und Beck sein Erleben und sein Verhalten im allgemeinen nach ihm selbstverständlichen, fraglos als gültig angenommenen, aber unrealistischen Annahmen oder Überzeugungen [beliefs]. Lösen bestimmte Ereignisse, z.B. von einem Bekannten auf der Straße nicht gegrüßt worden zu sein, eine nicht nur auf den Bekannten bezogene, sondern existentiell ungute oder sogar depressive Verstimmung aus, so sei dem Betreffenden zuvor blitzartig eine absolut formulierte unbedachte Annahme oder Überzeugung durch den Kopf gegangen, sei es als Gedanke oder als Vorstellung, möglicherweise sogar als Bild, z.B. «Mich mag niemand!». Die Verstimmung sei unmittelbare Folge dieser Überzeugung und nicht des auslösenden Ereignisses. Nach Albert Ellis ist diese Überzeugung Folge einer *ideologischen Voreingenommenheit*, nämlich bei diesem Beispiel: «Ich bin nur etwas wert, wenn jeder mich mag!»; Nach Aaron Beck legt ist diese Annahme Folge einer *falschen Schlussfolgerung*, in diesem Fall einer unsinnigen Verallgemeinerung. Beide stimmen überein, wenn sie den Satz «Mich mag

niemand!» als «autosuggestiven Satz» oder «irrationale Überzeugung [belief]» (Ellis) oder «versteckte Botschaft» oder «automatischen Gedanken» (Beck) auffassen.

Die Praxis ist bei beiden Autoren gleich: Gelinge es dem Patienten oder Klienten, mit oder sogar ohne Hilfe sich dieses Gedankens oder dieser Vorstellung bewußt zu werden, sei er fähig, die Realität der Ideologie und die Logik der Schlussfolgerung zu überprüfen. Diese erweise sich bei Neurotikern als der Realität nicht angemessen, bzw. unlogisch. Die dysfunktionelle Überzeugung ist durch eine realitätsangemessene funktionelle zu ersetzen, was beim Patienten oder Klienten eine «kognitive Umstrukturierung» zur Folge hat, die allmählich zu einer, wie ich gerne sage, «neuen Spontaneität» führt. An der Realität überprüfte Kognitionen zeigen nach Freeman u. DeWolf allein den Weg zu zielgerechten und realitätsgerechten Entscheidungen, wobei es für den Betreffenden immer noch offen bleibt, ob er sich dann auch wirklich realitätsgerecht entscheiden will oder nicht (Freeman u. DeWolf 1992, S.9-41)

Auf einem ganz anderen Weg kam Donald W. Meichenbaum zu einer Psychotherapie durch Änderung von Kognitionen. Er untersuchte, was in einem Menschen vorgeht, der vor einer Aufgabe oder kritischen Situation steht. Sagt dieser sich innerlich: «Das kann ich ohnehin nicht!» oder «Ich bin ein Versager!», so pflegt er viel eher zu scheitern, als wenn er sich sagt: «Wollen sehen, was da zu machen ist! Ich habe schon andere Probleme gelöst!». Was ich mir selber innerlich sage, kann ich aber durch Einsicht oder an einem Modell lernen (Meichenbaum 1977, 1985). Die Beziehung der Erfahrungen von Meichenbaum zu Theorie und Praxis von Ellis und Beck ergibt sich ohne weiteres aus dem Untertitel des Buches von Ellis: «Das innere Selbstgespräch bei seelischen Problemen und seine Veränderung» (Ellis 1962/$^{?}$1991).

Dysfunktionelle Annahme nach Ellis und Beck wie entmutigende innere Zusprachen nach Meichenbaum dürfte in vielen Fällen – neben konventionellen gesellschaftlichen Einflüssen – eine Folge von Erfahrungen aus der Kindheit sein, vor allem elterlicher Einwirkungen, allerdings, wie ich erfahren habe, manchmal vom Kind missverstandenen. Nach allen drei Autoren war es aber früher unnötig und vom Wesentlichen ablenkend, wenn in der Behandlung auf Kindheitserlebnisse Bezug genommen wird, weshalb sie auch ausdrücklich tiefenpsychologische Verfahren ablehnten. In der neuesten Entwicklung der kognitiven Verhaltenstherapie werden nun aber auch Schlüsselerlebnisse aus der Kindheit aufgedeckt und an ihnen gearbeitet, andeutungsweise bereits bei Aaron Beck u. Mitarb.(1990/^{2}2004), dann ausgesprochen bei Judith Beck (1995).

2. Albert Ellis, Aaron T. Beck, Donald W. Meichenbaum und Judith S. Beck

Albert Ellis (1913-2007) ist der eigentliche Begründer des differenzierten Verfahrens, das heute nach Beck *kognitiven Psychotherapie* genannt wird, und das Ellis selbst als *rational-emotive Psychotherapie* bezeichnet hat. Ellis wuchs in New York auf, arbeitete zuerst, als Buchhalter und studierte dann klinische Psychologie. Er befasste sich besonders mit Sexualforschung. Er bildete sich später zum Psychoanalytiker aus. Als solcher fand er mit der Zeit, daß mit einer aktiveren Therapie und der Verschreibung von «Hausaufgaben» mehr Erfolg

zu erreichen war. Ab 1955 begann er seine rational-emotive Therapie zu entwickeln. Im Jahre 1962 erschien sein erstes grundlegendes Werk. Die Vergleiche mit Kontrollgruppen wiesen sein neues psychotherapeutisches Vorgehen als erfolgreich aus.

Aaron T. Beck (*1921) ist Professor für Psychiatrie an einer medizinischen Fakultät in den Vereinigten Staaten. Er kam ebenfalls über die Psychoanalyse zur kognitiven Psychotherapie. Sein Spezialgebiet waren vorerst Depression, Angst und Suizid. Er wurde bekannt durch die Neuauflage von 1972 eines bereits 1967 erstmals erschienen Werkes über den Erfolg der kognitiven Psychotherapie bei Depressionen. Er verallgemeinerte dann seine Erfahrungen zu einer eigenen psychotherapeutischen Betrachtungsweise und einem eigenen psychotherapeutischen Verfahren zur Behandlung von Neurosen (Beck 1976), dann auch von Persönlichkeitsstörungen (A. Beck u. Mitarb. 1990/²2004).

Donald W. Meichenbaum war um 1970 Klinischer Psychologe an der University of Waterloo in Ontario (Kanada). Er war ursprünglich «klassischer» Verhaltenstherapeut (⇗«Klassische» Verhaltenstherapie). Er beobachtete, dass an Schizophrenie Erkrankte sich besser auf eine Aufgabe konzentrieren konnten, wenn sie die Versuchsanleitung für sich wiederholten. Er beschäftigte sich darauf mit dem, was wir zu uns selbst sagen, wenn wir vor Aufgaben und Problem stehen. Es gehen die Beobachten und Überlegungen zu «innerem Sprechens», über die klassische Verhaltenstherapie hinaus, denn die Verhaltenstherapeuten hielten es ursprünglich als «unwissenschaftlich», auf etwas abzustellen, was «im» Patienten vorgeht.

Judith Beck ist die Tochter von Aaron Beck, schon als Teenager, eine der ersten, «die den ausführlichen Erörterungen» von dessen Betrachtungsweise lauschen konnte. Sie leitet seit Mitte der 80er Jahre Workshops und Fallkonferenzen, hält Vorträge über kognitive Therapie und ist als Supervisorin tätig. Ihr Vater schreibt: «Vor diesem Hintergrund hat sie ein Buch mit einer wahren Fundgrube von Informationen zur Anwendung der kognitiven Therapie geschrieben» und fügt bei, ihr Werk sei Grundlagentext und Ersatz für seine eigenen bisherigen Werke zur Kognitiven Therapie (in J. Beck 1995). Die Besonderheit des Buches besteht darin, dass die Autorin Kindheitserlebnisse nicht nur theoretisch als Auslösung von Neurosen sieht, sondern auch zur Aufrechterhaltung solcher weiterhin wirksam und deshalb mit Vorteil aufgedeckt und aufgearbeitet. Damit bricht sie die bisherige grundsätzliche Gegnerschaft von Ellis und Beck zu tiefenpsychologischen Gedankengängen.

Ich habe bereits Paul Dubois erwähnt als eigentlicher Begründer der Kognitiven Therapie (⇗Rationelle Psychotherapie). Albert Ellis anerkennt Dubois als Vorgänger und auch Beck zitiert ihn.

3. Die Überprüfung und therapeutische Korrektur unbedachter dysfunktioneller Annahmen («Identifikation dysfunktionaler Kognitionen, ihre Überprüfung und das Erarbeiten alternativer Gedanken»)

Ich schreibe von «*unbedachten* Annahmen» und nicht von «*unbewussten* Annahmen». Natürlich lässt sich sagen, was «unbedacht» sei, sei auch «unbewusst», aber in der Tiefenpsychologie hängt dem Begriff «unbewusst» bei vielen Autoren die Eigenschaft «abgewehrt

und nur gegen Überwindung von Widerständen bewusstseinsfähig» an. Ich bevorzuge das allgemeinverständliche «unbedacht», auch gegenüber dem Ausdruck «vorbewusst», der bei Freud ebenfalls mit theoretischen Vorstellungen verbunden ist.

3.1 Beispiele zu diesem Verfahren

3.1.1 Erstes Beispiel: Die Patientin, die sich wertlos und missachtet fühlt
(Gekürzt, aber im Wesentlichen wörtlich nach Ellis, A. 1962, S.24-31)

Eine Behandlungssitzung, die zur Entdeckung des Verfahrens der rational-emotiven Psychotherapie beigetragen hat, nachdem Ellis diese Patientin wegen Minderwertigkeitsgefühlen und ernsthaften Beziehungsstörungen zwei Jahre lang vergeblich tiefenpsychologisch orientiert behandelt hatte).

Patientin: Jetzt bin ich in meiner neuen Position und werde immer noch nicht anerkannt. Niemand schätzt mich; jeder nützt mich aus. – Ellis: Sie glauben also immer noch, dass Sie nichts taugen und niemand Sie voll akzeptiere und auf Ihrer Seite sein könnte? – Patientin: Ja, ich muss ehrlich sein und zugeben, dass ich das immer noch glaube. Ich weiß, dass Sie es als dumm ansehen, wie Sie mir immer wieder klargemacht haben. Aber ich glaube es trotzdem immer noch; und nichts scheint mich davon abbringen zu können. – Ellis: Ihr Gefühl, dass Sie schlecht oder minderwertig seien, ist in Wirklichkeit eine Meinung, eine sehr tief verwurzelte, wenn auch eher vage artikulierte Meinung, dass Sie im Grunde nichts taugen, obwohl Sie gegenwärtig gut zurechtkommen und Ihr Mann und Ihre Bürokollegen Ihnen deutlich gezeigt haben, dass sie Sie mögen. Sie haben diese Meinung akzeptiert, diesen völlig unbegründeten Glauben an Ihre eigene «Schlechtigkeit», ohne jeglichen Beweis, ohne Fakten, die ihn rechtfertigen würden. – Patientin: Aber wie kann ich an diesem Glauben festhalten, wenn er völlig unbegründet ist, wie Sie behaupten? –Ellis: Sie beginnen mit einem für sie festgelegten Ansicht oder einer Annahme, zum Beispiel: «Wenn ich im Leben nicht in jeder Hinsicht Erfolg habe, tauge ich nichts» Oder in Ihrem Fall: «Wenn ich nicht eine perfekte, aufopfernde Tochter, Ehefrau und Mutter bin, tauge ich nichts.» Dann sehen Sie sich die Tatsachen an, und es wird Ihnen klar, dass Sie nicht in jeder Hinsicht Erfolg haben – dass Sie nicht die vollkommenste, aufopferndste Tochter, Gattin und Mutter sind, die es je gab. Daraus schließen Sie: «Also tauge ich nichts – ja: ich bin schlecht und wertlos». – Patientin: Aber stimmt es denn nicht, dass ich keine vorbildliche, aufopfernde Tochter, Frau und Mutter bin? – Ellis: Nein, nicht unbedingt. Denn es ist durchaus möglich, dass Sie eine ebenso gute Tochter sind wie die meisten anderen Frauen; vermutlich haben Sie sich in dieser Beziehung sogar weniger vorzuwerfen als die meisten anderen. Aber Ihre Voreingenommenheit lautet: Um gut zu sein, muss ich vollkommen sein. Und angesichts dieser Voreingenommenheit können Sie die Tatsache, dass Sie eine durchaus ordentliche Tochter sind, gar nicht richtig würdigen. Fast zwangsläufig müssen Sie zum Schluss kommen, Sie seien eine «schlechte» Tochter, obwohl Sie in Wirklichkeit eine überdurchschnittlich wohlwollende und besorgte Tochter sein mögen. – Patientin: Meine Schlussfolgerung enthält also gar keine realen Tatsachen? – Ellis: Nein. Aber selbst wenn dem so wäre – wenn Sie beispielsweise eine mindergute Tochter oder Ehefrau wären –, ginge Ihre Folgerung nur aus ihrer Vorein-

genommenheit hervor, nämlich dass Sie wertlos sind, wenn Sie nicht vollkommen sind. Ihre angebliche Wertlosigkeit oder Schlechtigkeit ist daher lediglich eine Frage der Definition und beruht nicht auf Fakten. – Patientin: Ist das bei allen psychischen Störungen so? –Ellis (*enthusiastisch*): Ja, Sie haben mich da auf eine Idee gebracht. Ich habe das bisher noch nicht von dieser Seite gesehen. Aber ob dies nun meine Idee war oder die Ihre, sie scheint jedenfalls zu stimmen: dass sich jeder psychisch gestörte Mensch eine Kette falscher Sätze einredet – da das menschliche Denken sich nun einmal in Worten, Redewendungen und Sätzen zu vollziehen scheint. Und diese Sätze sind der Kern seiner Neurose. Natürlich beginnt es damit, dass man den Sätzen anderer, vor allem der Eltern, zuhört. Und deren Sätze lauteten, wie wir hier schon oft festgestellt haben: «Wenn du uns nicht von Herzen und in aufopfernder Weise liebst, bist du schlecht, und die Leute werden merken, dass du schlecht bist und werden dich nicht mögen, und das wird schrecklich, schrecklich, schrecklich für dich sein.» – Patientin: Und ich habe mir diese Sätze meiner Eltern, die sie mir immer wieder vorsagten, schließlich zu eigen gemacht – Sehen Sie das so? – Ellis: Ja, Sie haben sie sich angeeignet. Natürlich nicht nur ihre offen geäußerten Sätze, sondern auch ihre Gesten, ihren Tonfall, ihre kritischen Blicke usw. Auch diese sind von großer Bedeutung für Sie, da Sie sie in Ihren Gedanken in Redewendungen und Sätze verwandeln. Wenn Ihre Mutter beispielsweise in scharfem und nachdrücklichem Ton «Lass das!» sagte, dann setzten Sie im Geist hinzu: «Lass das und wenn du nicht gehorchst, mag ich dich nicht, und alle werden merken, dass du schlecht bist, und werden dich auch nicht mögen! – und das wäre schrecklich!» – Patientin: Wenn mir meine Eltern durch Worte oder Gesten zu verstehen geben, dass ich schlecht bin, dann sage ich mir sofort: «Sie haben recht. Wenn ich sie nicht von Herzen liebe und mich für sie aufopfere, bin ich schlecht, und alle werden merken, dass ich schlecht bin, und niemand wird mich akzeptieren, und das wird fürchterlich sein!» – Ellis: Richtig! Und diese Sätze, verursachen Ihre neurotischen Schuldgefühle. – Selbst wenn es stimmen solltet, dass Sie sich Ihren Eltern gegenüber nicht tadellos verhalten – ist das wirklich *schrecklich*? Und warum ist es *fürchterlich*, dass viele Leute Sie ablehnen, wenn Sie keine brave Tochter sind? – Selbst wenn es stimmt, dass Sie für sie wertlos sind, wenn Sie sich nicht für die Eltern aufopfern – es ist natürlich ihr gutes Recht, sie gering zu schätzen, wenn Sie nicht tun, was sie sich wünschen – , so besteht doch kein Zusammenhang, außer in *Ihrer* Vorstellung, zwischen dem Wert, den Ihnen Ihre Eltern beimessen, und dem Wert, den Sie sich selbst beimessen. *Sie* können nach Ihren eigenen Maßstäben vollkommen in Ordnung sein, obwohl Sie nach den Maßstäben Ihrer Eltern nichts taugen. – Patientin: Das klingt alles sehr schön und gut. Aber kehren wir jetzt zu meinen Sätzen zurück und schauen wir, was sich da machen lässt. –Ellis: Nun, zweifellos sollten Sie diese Sätze ändern, etwa: „*Sie* mögen denken, ich sei wertlos, wenn ich mich nicht mehr für sie aufopfere, aber was hat das mit *meiner* Selbsteinschätzung zu tun? Wäre es *wirklich so* schrecklich, wenn sie das weiterhin von mir dächten? Brauche ich ihre Anerkennung so sehr? Muss ich mich tatsächlich weiterhin hassen, wenn ich nicht opferbereiter bin? – Patientin: Und indem ich diese Sätze ändere und meinen Glauben an deren Wahrheit, kann ich meine Schuldgefühle und das Gefühl meiner

Wertlosigkeit loswerden, und dann wird es mir besser gehen? – Ellis: Probieren Sie es und warten ab!

Nach wenigen Wochen:

Patientin: Ich glaube, ich habe es wirklich heraus! Jedes Mal, wenn ich Schuldgefühle habe oder verunsichert bin, sage ich mir sofort, dass da irgendein dummer Satz sein muss, den ich mir einrede und der mich beunruhigt; und fast augenblicklich, meist innerhalb weniger Minuten, finde ich den betreffenden Satz. Und genau wie Sie mir gesagt haben, beginnt dieser Satz fast immer mit: «Ist es nicht schrecklich, dass ... » – oder «Wäre es nicht furchtbar, wenn ... ». Sobald ich diese Sätze unter die Lupe nehme und mich frage: «Wieso ist es schrecklich, dass ... ?» oder «Warum wäre es furchtbar, wenn ... ?», stelle ich fest, dass es gar nicht so schlimm wäre, und beruhige mich rasch wieder. Es ist so gekommen, wie Sie vor einigen Wochen vorausgesagt haben: Je kritischer ich meine eigenen Sätze analysiere und in Frage stelle, desto seltener tauchen sie im Unterschied zu früher auf. Nur noch gelegentlich sage ich mir, dass etwas furchtbar wäre, wenn es einträte, oder dass etwas bereits Geschehenes schrecklich ist. Und in diesen relativ seltenen Fällen kann ich, wie gesagt, den eingebildeten «Schrecken» rasch auf den Grund gehen, die Sache faktisch oder logisch anders einstufen und damit die Angstquellen aus der Welt schaffen. Ich kann es selbst kaum glauben: Nachdem ich mir viele Jahre lang über praktisch alles Sorgen gemacht und mich immer für eine Niete gehalten habe, egal, was ich tat, wird mir jetzt klar, dass nichts so furchtbar oder schrecklich ist, und ich erkenne das allmählich schon im voraus und nicht erst nachdem ich mich über etwas aufgeregt habe. Dadurch hat sich mein Leben von Grund auf verändert! Dank dieser neuen Einstellung entwickle ich mich zu einem völlig anderen Menschen, als ich bisher war.

Kommentar von Ellis:

Tatsächlich spiegelte sich die veränderte Einstellung im Verhalten dieser Patientin wieder. Sie benahm sich ihrem Mann und ihrem Kind gegenüber viel angemessener und genoss ihr Familienleben in einem Maße, das sie nie für möglich gehalten hätte. Sie verließ ihren früheren Arbeitsplatz und nahm eine wesentlich besser bezahlte und befriedigendere Stelle an. Sie hörte nicht nur auf, sich über die Meinung ihrer Eltern den Kopf zu zerbrechen, sondern half ihnen auch in aller Ruhe, ihre eigene negative Einstellung zu sich selbst, zueinander und zu ihrer Umwelt zu verbessern. Das Positivste war jedoch, dass sie sich – außer in bestimmten zwingenden Fällen – nicht mehr darum kümmerte, was andere Leute von ihr dachten, dass sie ihre paranoiden Befürchtungen überwand, alle seien gegen sie, und dass sie sich als wertvoll empfand, selbst wenn sie eindeutige Fehler machte und von anderen in missbilligender Art darauf hingewiesen wurde.

3.1.2 Zweites Beispiel: Die Patientin, die es nicht genießen konnte, glücklich zu sein

Eine Patientin litt darunter, dass sie nie genießen konnte, wenn sie einmal rundherum glücklich und zufrieden war. Immer überkam sie dann ein Unbehagen, dass sich oft bis zu einer depressiven Verstimmung steigerte. Sie meinte, sie sei einfach nicht dazu geschaffen,

glücklich zu sein und wollte sich damit abfinden. Immerhin gelang ihr das nicht so einfach, sonst hätte sie mir nicht darüber geklagt. Meine Kenntnis von der rational-emotiven Therapie von Albert Ellis (1962) veranlasste mich, vor der Patientin die Überzeugung zu vertreten, es sei nicht das Glücklich-Sein, das ihr die Stimmung verderbe, es müsse vielmehr eine Überzeugung sein, die durch das Glücklich-Sein ausgelöst werde. Der Patientin fiel keine Überzeugung ein, die sich jeweils zwischen ihr Glücklich-Sein und ihre Verstimmung einschalten könnte. Ich ließ sie sich liegend entspannen, sich in die vorübergehende glückliche Stimmung, die sie kürzlich ergriffen hatte einfühlen und gleichzeitig darauf zu achten, was dann passieren würde. Sie tat wie geheißen und setzte sich nach kurzer Zeit plötzlich auf: «Jetzt weiß ich es: ‹Nach jedem Lächle kommt es Bächle!› – Das ist es, was uns die Mutter jedesmal sagte, wenn wir als Kinder so richtig vergnügt und, zugegeben, manchmal auch recht ausgelassen waren. Dieses schwäbische Sprichwort soll heißen: Wenn du so richtig vergnügt und übermütig bist, kommt es zu Tränen! – Das ist es: Wenn ich glücklich bin, fürchte ich, es komme, gleichsam zur Strafe, zu einem Unglück.»

Wir diskutierten darüber, ob tatsächlich bei Kindern immer Tränen die Folge sind, wenn sie glücklich sind. Hier kam es zu einem Gespräch darüber, ob Glück dasselbe ist wie Übermut, denn bei Kindern, die übermütig sind, kommt es hie und da, wenn sich der Übermut steigert, zu einem «Unglück», z.B. einer Verletzung durch Sturz oder zu destruktiven Auseinandersetzungen. Die Patientin fragte ihre bereits verständigen Kinder, was dieses Sprichwort jeweils bei ihnen ausgelöst hätte. Die Kinder hatten es zwar als Mahnung empfunden, was es ja auch sein sollte, bemerkten aber beide, dass es durchaus nicht zutreffe, dass aus einem Lächle – sie hatten realisiert, dass darunter Übermut gemeint war – immer ein Bächle würde.

Es gab also verschiedene Diskussionspunkte: Mit dem Sprichwort würden Folgen von Übermut und nicht von Zufriedenheit und Glück angesprochen, wobei es auch so keineswegs eine feste Regel sei, dass tatsächlich aus dem Lächle ein Bächle werde. Ganz abgesehen davon sind Kleinkinder auch oft nicht übermütig, sondern still glücklich, was dann dem Glück und der Zufriedenheit entspreche, wie sie für Erwachsene gelte.

Diese Gesprächen forderten eine Korrektur des Sprichwortes, einen realitätsgerechten Satz. Mit der Patientin kam ich zum Schluss: «Ich darf genießen, wenn ich glücklich und zufrieden bin!»

3.1.3 Drittes Beispiel: Die Berücksichtigung und Bearbeitung eines Kindheitserlebnisses

(Gekürzt, aber sonst wörtlich nach Judith Beck 1995, S.191-195)

Sarah ist 18-jährig, Mitglied einer therapeutischen Gruppe. Sie leidet unter der Grundannahme, unfähig zu sein. Sie berichtete, dass sie sich am Vortag von der Gruppe kritisiert gefühlt habe. Auf Aufforderung der Therapeutin beschreibt sie diese für sie belastende Szene lebendig, wie sie sie empfunden hat: «Und ich bin so niedergeschlagen, so traurig. Ich enttäusche sie alle. Ich bin nicht gut genug. Ich kann nichts richtig machen. Wahrscheinlich fliege ich raus.»

Therapeutin: Spürst du diese Traurigkeit jetzt im Moment? – Sally (*nickt*). – Therapeutin: Wo im Körper spürst du sie? – Sally: Hinter den Augen. – Therapeutin: Wo sonst noch? Wo ist die Traurigkeit noch? – Sally: In der Brust ... und im Bauch. Es ist eine Schwere. – Therapeutin: Gut, kannst du dich auf die Schwere konzentrieren? Kannst du sie deutlich spüren, im Bauch, in der Brust und hinter den Augen? – Sally (*nickt*). – Therapeutin: Okay, konzentriere dich nur auf deine Augen, deinen Bauch und deine Brust. – – – Kannst du dich erinnern, Sally, wann du als Kind diese Schwere schon einmal gespürt hast? Wann hast du sie zum *ersten* Mal gespürt? – Sally: Meine Mutter. Meine Mutter schreit mich an. – Therapeutin: Wie alt bist du, Sally? – Sally: Ungefähr sechs oder sieben. Ich bin mir nicht sicher. – Therapeutin: Wo bist du? Beschreibe es mir so lebendig wie möglich! – Sally: Ich bin zu Hause. Ich mache Hausaufgaben. Ich muß irgendein Arbeitsblatt ausfüllen. Ich kann es nicht. Ich muß lange und kurze Vokale anstreichen oder so ähnlich. Ich weiß nicht, was ich machen soll. Ich habe in der Schule gefehlt. Ich weiß nicht, wie ich es machen soll. – Therapeutin: Was passiert dann? – Sally: Meine Mutter kommt in die Küche: «Geh schlafen, Sally». Ich sage: «Ich kann nicht. Ich muß noch die Hausaufgaben fertigmachen.» –Sie sagt: «Du sitzt da schon ewig dran. Ich habe dir schon vor einer halben Stunde gesagt, daß du ins Bett gehen sollst». Ich sage: «Aber ich muß das machen. Sonst kriege ich Ärger». Sie sagt: «Was ist los mit dir? Warum wirst du damit nicht fertig? Es ist doch einfach. Bist du zu dumm? Geh jetzt ins Bett!» Ich renne in mein Zimmer *(Sieht sehr traurig, zu Boden.)*. – Therapeutin (*leise*): Sechsjährige Sally, was geht dir jetzt durch den Kopf? – Sally: Ich *bin* dumm. Ich kann nichts richtig machen. – Therapeutin: Geht dir noch mehr durch den Kopf? – Sally: Ich werde nie etwas richtig machen können. – – – –Therapeutin: Damals warst sechsjährig, jetzt bist du achtzehnjährig! Stell dir vor, daß deine Mutter aus der Küche hinausgeht und die achtzehnjährige Sally hineinkommt. Wo soll sie sitzen? – Sally: Ich glaube, neben mir. – Therapeutin: Soll sie dich in den Arm nehmen? – Sally (*nickt*). – Therapeutin: Gut. Dann spricht jetzt die achtzehnjährige Sally mit der sechsjährigen Sally. – – – Sally (18-jährig): Was ist los? – Sally (6-jährig): Ich komme mir so dumm vor. Ich kann nichts richtig machen. – Sally (18-jährig): Nein, du bist nicht dumm. Diese Hausaufgabe ist zu schwer. Es ist nicht dein Fehler. Du bist nicht dumm. – Sally (6-jährig): Aber eigentlich sollte ich es können. – Sally (18-jährig): Das ist nicht wahr. Du brauchst das nicht zu können. Du hast gefehlt. Niemand hat es dir erklärt. Dein Lehrer hat einen Fehler gemacht, weil er dir etwas aufgegeben hat, was zu schwer ist. – Sally (6-jährig): Warum muß alles so schwierig sein? Warum kann ich nichts richtig machen? – Sally (18-jährig): Du machst doch vieles richtig. Du kannst gut rechnen und dich selbst anziehen und Baseball spielen. – Sally (6-jährig): Aber ich kann nicht gut Baseball spielen. Robert kann es viel besser. – Sally (18-jährig): Natürlich kann er besser Baseball spielen als du. Er ist ja älter. Als er so alt war wie du, konnte er auch nur das, was du jetzt kannst. Warte es ab, du wirst noch besser werden.

Die Therapeutin übernimmt jetzt die Rolle der sechsjährigen Sally und diese die Rolle ihrer Mutter.

Therapeutin: Du kommst als deine Mutter in die Küche und siehst die kleine Sally bei den Hausaufgaben. Was sagst du als Mutter? – Sally (als ihre Mutter): Sally, geh sofort ins

Bett! – Therapeutin (als sechsjährige Sally): Aber Mama, ich muß meine Hausaufgaben fertigmachen, sonst kriege ich Ärger. – Sally (als ihre Mutter): Was ist los mit dir? Du bist bestimmt dumm. – Therapeutin (als sechsjährige Sally): Nein, Mama. Der Lehrer hat einen Fehler gemacht. Das Arbeitsblatt ist zu schwierig. – Sally (als ihre Mutter): Wenn du es zu schwierig findest, stimmt sicher etwas nicht mit dir. – Therapeutin (als sechsjährige Sally): Nein Mama. Das ist nicht wahr. Glaubst du wirklich, daß etwas mit mir nicht in Ordnung ist, Mama? Willst du mich dazu bringen, daß ich glaube, ich bin dumm und kann nichts richtig machen? – Sally (als ihre Mutter (*überlegt – und dann*): Nein ... nein. Ich glaube nicht, daß du dumm bist. Ich will nicht, daß du das glaubst. – Therapeutin (als sechsjährige Sally): Warum hast du gesagt, daß ich dumm bin, wenn es nicht stimmt? – Sally (als ihre Mutter): Ich hätte es nicht sagen sollen. Es ist nicht wahr. – Therapeutin (als sechsjährige Sally): Warum hast du es gesagt? – Sally (als ihre Mutter (*nach Überlegung*): Ich weiß nicht. Manchmal bin ich einfach frustriert. Ich will wirklich nur, daß du ins Bett gehst, damit ich mich ein bißchen ausruhen kann. – Therapeutin (als sechsjährige Sally): Das heißt, du hältst mich nicht für dumm? – Sally (als ihre Mutter): Nein ... nein. Das tue ich nicht. Du bist nicht dumm. – Therapeutin (als sechsjährige Sally): Aber ich kann so vieles nicht. Ich kann nicht gut lesen. Ich kann nicht einmal radfahren. Robert kann das. – Sally (als ihre Mutter): Er ist ja auch älter. Du wirst es auch noch lernen. – Therapeutin (als sechsjährige Sally): Aber du schreist mich so oft an, weil ich etwas nicht richtig gemacht habe. Du hast mich wegen dieses Arbeitsblattes angeschrien. Du schimpfst mit mir, weil ich mein Zimmer nicht gut genug aufräume oder das Geschirr nicht gut genug spüle oder meine Noten nicht gut genug sind. – Sally (als ihre Mutter): Ich erwarte viel von dir. Ich weiß nicht, vielleicht ist es manchmal zu viel. Aber das muß ich doch. Ich muß dich doch antreiben. Was soll denn aus dir werden, wenn ich das nicht tue? – Therapeutin (als sechsjährige Sally): Mama, wenn du mich so antreibst, kriege ich das Gefühl, daß ich unfähig und dumm bin und nichts richtig machen kann. Möchtest du, daß ich das glaube? – Sally (als ihre Mutter): Nein, natürlich nicht. – Therapeutin (als sechsjährige Sally): Was soll ich deiner Meinung nach glauben? – Sally (als ihre Mutter): Daß du klug bist und daß du alles erreichen kannst, was du möchtest. – Therapeutin (als sechsjährige Sally): Glaubst du das, Mama? Daß ich klug bin und daß ich alles erreichen kann, was ich möchte? – Sally (als ihre Mutter): Ja. Es tut mir leid.

Die Therapeutin unterbricht das Rollenspiel. Sally fühlt sich besser. Dann empfiehlt die Therapeutin wieder ein Rollenspiel. Diesmal spielt aber Sally wieder sich selbst sechsjährig, die am Küchentisch sitzt und sich mit ihren Hausaufgaben abmüht.

Therapeutin: Achte genau darauf, wie du dich fühlst und was du denkst. Ich bin die Mutter und ich komme in die Küche und sage: «Sally, geh ins Bett. Sofort!» – Sally und die Therapeutin setzen das Rollenspiel fort, damit Sally Gelegenheit hat, ihre Gedanken und Schlußfolgerungen mit ihrer Mutter zu überprüfen. Für Vertreter der kognitiven Therapie typisch bittet die Therapeutin Sally schließlich, die alte Annahme, die durch diese Erinnerung aktiviert wurde, und die neue Annahme aufzuschreiben und einzuschätzen, wie überzeugt sie im

Moment davon ist. Danach besprechen sie das aktuelle belastende Ereignis mit der Gruppe, was Sally zu einer realitätsnäheren, passenderen Schlußfolgerung verhilft.

3.2 Allgemeine Ausführungen zur rational-emotiven Therapie nach Albert Ellis und zur Kognitive Therapie nach Aaron Beck

Albert Ellis entwickelte seine rational-emotive Therapie in der Mitte der Fünfzigerjahre (Ellis 1962). Sie gilt heute auch als Kognitiven Therapie, eine Bezeichnung die erst später Aaron Beck für seine therapeutischen Vorstellungen und Verfahren verwendet hat. Die rational-emotive Therapie fand eine weite Verbreitung, wenn sie auch bei psychodynamisch eingestellten Autoren, die in den Vereinigten Staaten die «psychotherapeutische Szene» beherrschten, auf Skepsis stieß. Sie wurde später aber durch Aaron Beck, einem prominenten akademischen Psychiater, aus eigenen Erfahrung bei der Behandlung von depressiven Patienten nochmals entdeckt und schließlich von ihm zu einem Behandlungsverfahren bei Neurosen überhaupt verallgemeinert (Beck 1976).

Beim diesem kognitiven Verfahren nach Ellis und Beck wird zuerst das Ereignis untersucht, das zur neurotischen Verstimmung geführt hat. Wurde es realitätsgerecht wahrgenommen oder spielten Verkennungen der Realität mit? Dann vergleicht der Berater oder Therapeut dieses Ereignisse oder dieses Ereignis mit der emotionalen Reaktion darauf, woraus sich ihm häufig eine Hypothese ergibt, was für ein Gedanke, was für eine Annahme oder Überzeugung zwischen Ereignis und Reaktion stehen und im Grunde genommen die Reaktion bedingt haben könnte. Stimmt die Hypothese oder ergibt sich ein anderes Wertsystem, das der krankhaften Reaktion zugrundeliegt, überprüft er dieses gemeinsam mit der Patientin hinsichtlich Realität und Irrealität. Dabei darf er durchaus seine eigenen Lebenserfahrungen einsetzen. Im übrigen: «Nie» und «immer», «jede» und «keiner» gibt es nicht.

Ellis stellte didaktisch ein ABC-Schema auf: A steht für das auslösende Ereignis, C für die Verstimmung; gesucht wird nach dem B, der die Verstimmung veranlassenden Annahme oder Überzeugung [belief]. Manchmal wird noch ein D beigefügt für die gesprächsweise Abklärung von Therapeut und Patient zur Frage, ob die Annahme realistisch sei oder nicht. Verstimmungen, Neurosen, vielleicht sogar Psychosen, sind bei dieser Betrachtungsweise, wie bereits in der einleitenden Zusammenfassung ausgeführt, Folgen «autosuggestiver Sätze» oder «irrationaler Überzeugungen» (Ellis), «versteckter Botschaften» oder «automatischer Gedanken» (Beck). Ihre rationale Überprüfung und ihr Ersatz durch realitätsgerechte Vorstellungen leite eine «Umgewöhnung» ein, einen Prozess, der zwar mit einer Einsicht beginne, aber über einige Zeit geübt werden müsse, um über eine «kognitive Umstrukturierung» zu einer «neuen Spontaneität» zu werden.

Ellis und Beck könnten sich emotionspsychologisch übrigens ohne weiteres auf Plutchik berufen, der genau wie sie, aber ohne Bezug auf die Psychotherapie, zwischen auslösendem Reiz und Emotion eine Überlegung setzt (Meyer u. Mitarb. 1997, S.147-156).

Ich persönlich bin nicht sicher, ob solche «irrationalen Überzeugungen» oder «automatischen Gedanken» tatsächlich den Betreffenden immer als formulierbare Sätze zwischen dem auslösenden Ereignis und der Verstimmung in den Sinn gekommen und dann allso-

gleich wieder vergessen oder doch unbedacht geblieben sind. Die Autoren sprechen sogar von einem Selbstgespräch! Es ist doch wohl so, dass das Ereignis, z.B. von einem Bekannten nicht gegrüßt worden zu sein, als solches für den Betreffenden *direkt* die Bedeutung hatte, von niemandem mehr geliebt zu werden. Erst bei Überlegung wird dann diese Umstimmung als Satz formuliert.

Die häufigsten der «irrationalen Überzeugungen» [beliefs], denen die krankhaften Emotionen und Verhaltensweisen neurotischer Patienten zugrundeliegen, glaubt Ellis auf elf «Überzeugungen» zurückführen zu können (kurz u. frei nach Ellis 1962/1991, dt.[5]1993, S.54-76):

(1.) Ich bin nicht liebenswert, wenn ich nicht von jedermann geliebt werde; (2.) ich bin nur etwas wert, wenn ich in jeder Hinsicht kompetent, tüchtig und leistungsfähig bin; (3.) es gibt böse und schlechte Menschen, die streng zu bestrafen sind (L.S: kein Auseinanderhalten von Person und Verhalten); (4.) es ist schrecklich und katastrophal, wenn die Dinge nicht so sind, wie ich es richtig finde; (5.) menschliches Leiden ist umweltbedingt und ein Mensch hat wenig Einfluss darauf; (6.) Leben ist gefährlich; ich habe mich ständig vorzusehen; (7.) besser Schwierigkeiten auszuweichen, als sich ihnen zu stellen; (8.) ich brauche einen Stärkeren, auf den ich mich stützen kann; (9.) meine Vergangenheit hat entscheidenden Einfluss auf mein gegenwärtiges Verhalten, weshalb ich nicht viel daran ändern kann; (10.) Probleme und Verhaltensschwierigkeiten anderer sind eine aufregende Angelegenheit auch für mich; (11.) für jedes menschliche Problem gibt es eine richtige und perfekte Lösung und es ist eine Katastrophe, wenn ich diese nicht finde!

Nach Beck führen Denkfehler zu den «automatischen Gedanken», die er zuerst bei Patienten festgestellt hat, die unter Depressionen litten. Im Folgenden nach Beate Wilken (1998/[3]2006, S.26f):

(1.) *Willkürlichen Schlussfolgerungen*, z.B. führt ein einzelner Misserfolg zur Schlussfolgerung, ein Versager zu sein, ohne dass überprüft wird, «ob die Aufgabe überhaupt lösbar war bzw. ob früher und in Zukunft immer Misserfolge eingetreten sind bzw. eintreten werden.» (2.) *Selektives Verallgemeinern:* Einzelne Tatsachen werden aus dem Zusammenhang isoliert und überbewertet, «wobei andere, bedeutsamere Merkmale der Situation ignoriert werden», so das Beispiel aus der einleitenden Zusammenfassung, dass eine Nachbarin mich nicht gegrüßt hat. (3.) *Übergeneralisierung:* Eine allgemeine Regel oder Schlussfolgerung wird aus einzelnen Ereignissen gezogen und auf andere Situationen übertragen. Beispiel: «Der Tod eines Familienangehörigen durch einen Unfall führt zu der Befürchtung, dass alle geliebten Personen bald durch Unfälle sterben könnten.» (4.) *Maximieren und Minimieren:* Ein Ereignis wird in seiner Bedeutung deutlich über- oder unterschätzt. Beispiel: «Das Ausbleiben eines erwarteten Briefes wird als höchst bedeutsam interpretiert, ein beträchtlicher beruflicher Erfolg als bedeutungslos.» (5.) *Personalisierung:* Ein Ereignis wird «auf die eigene Person bezogen werden, ohne dass es dafür Belege gibt. Beispiel: «Die Tatsache, dass der Partner einen Autounfall hatte, wird als Bestrafung für eine unmoralische Tat interpretiert.». (6.) *Verabsolutierendes, dichotomes Denken*, auch Schwarz-Weiß-Malerei oder Entweder-Oder-Denken, ordnet alle Erfahrungen in zwei sich gegenseitig ausschließende

Kategorien ein. «Ich bin entweder in jeder Beziehung völlig kompetent oder in jeder Hinsicht inkompetent.» Dazwischenliegende Abstufungen werden nicht mehr wahrgenommen.

Ellis wie Beck beschränken sich nicht auf rein intellektuelle «Realitätsprüfung». Ellis versucht ausdrücklich, Beck mehr indirekt, auch eine weltanschauliche Haltung zu vermitteln, die mit einer Einstellung der Gelassenheit, innere Ruhe, Zuversicht einhergeht, sich auf logisch-rationale Gedankengänge stützt, von der Einsicht begleitet wird, dass es auf die innere Einstellung ankommt, ob und inwiefern irgendwelche Ereignisse eine Bedeutung und was für eine Bedeutung sie für den Betreffenden haben. Auf dieser Einsicht beruhen dann im weiteren autonome Entscheidungen und Handlungen. Gerne wird von Ellis und Beck dabei auf altgriechischen Philosophen und Menschenkenner verwiesen, die der Stoa nahestehen. Die Patienten lernen, auch durch Übungen, statt mit Wut und Ärger gelassener auf kritische Situationen zu reagieren. Sie lernen ebenfalls, sich ohne Scham und Minderwertigkeitsgefühle auch einmal so zu verhalten, dass die Mitwelt erstaunt ist oder sie auslacht, ohne dass sie dies als Katastrophe erleben. Ein eigentliches Selbstsicherheitstraining kann begleitend hilfreich sein. Auch verhaltenstherapeutische Standardverfahren, wie die allmähliche Annäherung an eine gefürchtete Situation, werden durchgeführt. Rollenspiele verhelfen dazu, mit sich selbst wohlwollender umzugehen.

Ein besonderer Nachdrucks liegt in der kognitiven Psychotherapie auf der *Selbstkontrolle.* Einmal wird der Patient zum aufgeklärten Mitarbeiter, der zunehmend beachten lernt, was in ihm vorgeht, insbesondere was er sich in kritischen Situationen zu sagen pflegt und inwiefern dies seine Selbstsicherheit beeinflusst. Dann sollen bei der kognitiven Psychotherapie nicht nur aktuellen Probleme des Patienten gelöst werden, sondern dieser soll während der Behandlung und bei der Übung neu erworbener Verhaltensweisen die Fähigkeit erwerben, sich zukünftig gegenüber problematischen und kritischen Situationen konstruktiver einzustellen.

4. Beachtung und therapeutische Beeinflussung, was ich unter Umständen zu mir selber sage («Selbstverbalisationverfahren«», «Selbstinstruktionsverfahren», «Training in alternativen Selbstgesprächen»)

4.1 Beispiel zu diesem Verfahren der Kognitiven Therapie

In meine transaktionsanalytischen Selbsterfahrungskurse baue ich oft ein Ritual ein für Teilnehmer, die auf Kritik mit Minderwertigkeitsgefühlen, Ärger oder Rechtfertigungsreflex zu reagieren pflegen. Vermutlich wurde ich durch die Gestalttherapie dazu angeregt. Ich lasse den Teilnehmer in die Mitte des Teilnehmerkreises sich auf den Boden setzen. Der Betreffende soll einen anderen Teilnehmer fragen: «Was sollte ich?» Im allgemeinen wählt er einen Teilnehmer, den er bereits als kritisch erlebt hat. Es kommt dann irgend eine Antwort, zum Beispiel: «Du solltest Dein Haar kürzer schneiden!» oder «Sprich nicht immer soviel bei den Mahlzeiten!» Der Teilnehmer, der in der Mitte sitzt, ist von mir angewiesen worden, nicht von sich aus zu antworten, sondern dem Kritiker das zu sagen, was ich ihm, wenn auch für andere hörbar, zuflüstern werde, nämlich:

«Ich danke dir, dass du mir das gesagt hast. – Ich will es mir überlegen. – Ich bin mir bewusst, dass ich nicht verpflichtet bin, das zu tun, was du von mir erwartest. – Ich werde das tun, was ich für mich sinnvoll finde.»

Nach einer kurzen Besinnungszeit lasse ich dasselbe Ritual mit demselben Teilnehmer wiederholen. Er hat einem anderen Teilnehmer, der in der Runde sitzt, dieselbe Frage zustellen: «Was sollte ich?» und das ganze läuft wieder genau gleich ab. Meistens melden sich andere Teilnehmer, um als Betroffene dasselbe Ritual zu erleben, denn allen ist klar, zu was ich damit anregen möchte. Manche wiederholen das Ritual nicht nur zweimal, sondern drei- und viermal, um zu lernen, Kritik gelassen und sachlich entgegenzunehmen. Von diesem «Ritual» haben immer wieder Teilnehmer dankbar bleibenden Nutzen gezogen, wie ich bei Gruppenteilnehmern, die ich viel später wieder gesehen habe, oder bei Patienten in der Einzelsprechstunde erfahren habe. Durch fortlaufende Übung kommt es, wie ich gerne formuliere, zu einer «neuen Spontaneität».

4.2 Ausführungen zum Verfahren der Beeinflussung von dem, was ich innerlich zu mir selber sage

4.2.1 Allgemeines

Das beschriebene «Ritual» ist kognitive Therapie, weil eine Anregung, dysfunktionelle Kognitionen durch funktionelle Kognitionen zu ersetzen. Es geht, genau genommen, nicht allein um den Ersatz einer dysfunktionellen Kognition durch eine funktionelle. Denn die Selbstabwertung oder der Rechtfertigungsreflex oder der Ärger auf Kritik, die «ersetzt» werden sollen, sind auch Verstimmungen, an deren Stelle einer gelassenere Gestimmtheit tritt. Die Unterscheidung von Kognition und Emotion durch die Vertreter der kognitiven Psychotherapie ist nur theoretisch.

Kognitiv orientierte Verhaltenstherapeuten haben die Wirkung von Selbstgesprächen praktisch erprobt. Es geht dabei keineswegs nur um Situationen, in denen sich jemand einer kritischen Bemerkung ausgesetzt erlebt, sondern ganz allgemein um das, was in mir vorgeht, wenn ich vor einer kritischen Situation stehe oder zur Lösung einer Aufgabe aufgefordert werde. Ganz besonders der Verhaltenstherapeut Donald Meichenbaum hat sich damit beschäftigt (Meichenbaum 1977). Er hat herauszufinden versucht, was innerlich bei Kindern vorgeht, die aufgefordert werden, eine Aufgabe zu lösen. Es hat sich als erfolgreich erwiesen, Kinder zu lehren, darauf zu achten, was sie sich in einer kritischen Situation sagen und ihnen nahezulegen, dabei konstruktiv mit sich zu sprechen. Bewährt hat sich dabei das «Lernen am Modell». Dieses Verfahren erwies sich sogar als erfolgreich bei Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit und hyperkinetischem Syndrom und meist damit verbundener abnormer Impulsivität. (Meichenbaum 1977).

4.2.2 Selbstinstruktionstraining bei Kindern:

(1.) Der Therapeut führt eine Aufgabe aus und sagt laut zu sich selbst, was gerade in ihm vorgeht, beispielsweise: «Ich will anfangen! – Was ist meine Aufgabe? – Kenne ich etwas Ähnliches? – Wie soll ich vorgehen? – Ich mache mir einen Plan», dann vielleicht: «Langsam!», schließlich: «Überprüfen! – Ist es so richtig?» und, wenn es gelungen ist als Verstär-

kung wichtig: «Das habe ich gut gemacht!». (2.) Das Kind führt die Aufgabe selbst durch, während der Therapeut laut ausspricht, was in ihm in Identifikation mit dem Kind vorgeht. (3.) Das Kind übernimmt die Sprechinhalte des Therapeuten und begleitet damit die Lösung der Aufgabe. (4.) Bei einer Wiederholung flüstert das Kind die Selbstanweisungen. (5.) Bei einer nochmaligen Wiederholung sagt das Kind, was in ihm bei der Lösung einer Aufgabe vorgeht, nur mehr innerlich und lautlos zu sich selbst. (frei nach Fliegel 1994/²1995, S.59, 63). Nach Meichenbaum lassen sich auch Belohnungen mit solchen Instruktionen verbinden («Operantes Konditionieren», ⇗«Klassische» Verhaltenstherapie, 2.3), wobei materielle Belohnungen durch inneres Selbstlob ersetzt werden können (Meichenbaum 1977, S.41-44).

4.2.3 Selbstinstruktionstraining bei Erwachsenen schon vor und dann während Belastungen

Für ein differenziertes Selbstanweisungstraining in der Sprechstunde empfehlen kognitiv orientierte Verhaltenstherapeuten folgendes Vorgehen: (1.) Der Klient hat sich zu überlegen, was bei ihm innerlich jeweils in bestimmten kritischen Situationen abläuft. (2.) Der Psychotherapeut überlegt sich bis zur nächsten Konsultation, was für positive, ermutigende Alternativen es geben könnte. (3.) Der Therapeut bespricht mit dem Klienten alternativen Modelle. (4.) Der Klient wählt ein alternatives Modell, das ihm einleuchtet und spricht es Satz für Satz nach, mit zugehöriger Mimik und Gestik, wobei er gleichzeitig beobachtet, was für eine Gestimmtheit sich mit diesen neuen Worten verbindet, aber auch ob er Widerstände empfindet. (5.) Was während der Übung im Klienten vorging, wird besprochen. Vielleicht wäre ein anderes alternatives Modell besser für ihn? (6.) Einübung alternativer Selbstgespräche, in der Sprechstunde laut verbalisiert, in vorgestellten oder im Rollenspiel mit dem Therapeuten geübten Situationen. (7.) Hausaufgabe: Anwendung im Alltag in entsprechenden Situationen und fortlaufende Besprechung der Ergebnisse mit dem Therapeuten (frei nach Fiedler 1979).

Donald Meichenbaum spricht von «Stressimpfung» (1985). Die Grenze zum Lernen von Problemlösungsstrategien ist fließend.

5. Die Vermittlung und das Einüben von Problemlösungsfertigkeiten («Problemlösungsstrategie»).

Bereits ein Selbstanweisungstraining kann, wie soeben besprochen, Problemlösungsstrategien vermitteln. Im folgenden aber auch direkte Instruktionen zur Problemlösungen. Bei den kognitiv orientierten Verhaltenstherapeuten zählt das Erlernen einer Problemlösungsstrategie zu den wichtigen kognitiv-therapeutischen Verfahren. Die kognitiv orientierten Verhaltenstherapeuten befassen sich eingehend mit dem psychologischen Vorgang der Problemlösung und entwickeln entsprechend lernbare Problemlösungsstrategien, auf die ich hier aber nicht näher eingehe. (Mahoney 1974; König 1979; Fliegel u. Mitarb., 1981/⁴1998, S.237-157; Lückert 1994, S.235ff).

6. Die Entschärfung von Katastrophenerwartungen(«Entkatastrophisierung»)

6.1 Beispiel zu diesem Verfahren der Kognitiven Therapie

Eine Frau hat jedesmal Angstzustände, wenn ihr Mann als Monteur im Wagen unterwegs ist. Er fühlt sich gezwungen, sie wenn irgend möglich anzurufen, wenn er sein Ziel erreicht hat und wenn er dort wieder abfährt. Ruft ihr Mann nicht von jedem Ziel seiner Fahrten an, was ihm kaum zuzumuten ist, gerät seine Frau in Panikzustände und läutet im Geschäft, bei der Polizei und bei allen möglichen Bekannten an.

Was Ellis und Beck Überzeugungen oder Gedanken nennen („Dann bin ich hilflos"), können auch bildliche Vorstellungen sein (z.B. der Mann liege tot unter einem umgestürzten Auto am Straßenrand). Lazarus (1977) würde das ohnehin annehmen. Aber solche bildlichen Vorstellungen werden von anderen Autoren immer als formulierbare Gedanken aufgefasst, wohl weil sie dann besser «andhabbar» sind.

Der Psychotherapeut beschäftigt sich zuerst mit dem, worauf die Patientin zu reagieren glaubt. Handelt es sich um eine reale Gefahr oder besteht eine Realitätsverkennung? Die Patientin befürchtet, ihr Mann werde einen tötlichen Unfall erleiden. Ihre Angstzustände erlebt sie selbst als übertrieben, denn sie weiß, dass andere Frauen in ihrer Lage nicht von solchen Panikzuständen befallen werden. Sie kann sich aber derer nicht erwehren. Die Verstimmungen bei dieser Patientin können also nicht eine «gewöhnliche»' Folge dieser Situation sein. Aus der Sicht und Erfahrung der Kognitiven Psychotherapie sind solche außergewöhnlichen und krankhaft anmutenden Verstimmungen Folgen von Gedanken, Vorstellungen oder Überzeugungen, die für die Patientin so selbstverständlich sind, dass sie ihr gar nicht klar bewusst sind. Es stellt sich heraus, dass die krankhafte Angst durch die Überzeugung («den Gedanken», «den Satz») bedingt ist: «Wenn er umkommt, bin ich verloren!» Mit «verloren» meint sie «völlig hilflos» und damit so gut wie «vernichtet». Es geht darum, «rationale», d.h. realitätsgerechte Vorstellungen allmählich an Stelle von diffus irrationalen zu setzen. In diesem besonderen Fall ist mit der Frau auszuarbeiten, was sinnvollerweise zu tun wäre, wenn ihr Mann verunglückten würde. Alle Verfahren, die dies erleichtern helfen, können Anwendung finden, gedankliche Überlegungen, gelenkte Phantasien, Rollenspiele. Wenn die Frau wirklich weiß, was sie tatsächlich sinnvollerweise tun könnte, wenn sie von einem Unfall oder vom Tode ihre Mannes benachrichtigt würde, und ihre panischen Angstzustände verliert, hat eine Entkatastrophisierung stattgefunden. Sie muss keine Angst mehr haben, die Kontrolle über sich und die Situation zu verlieren. Es heißt dies keineswegs, dass sie nicht erwarten darf, in einem solchen Fall zu erschrecken und Trauer zu empfinden, aber eben nicht «für ewig» durch die Umstände überwältigt zu werden und dem Schicksal ausgeliefert zu sein.

6.2 Ausführung zur Entschärfung von Katastrophenerwartungen

Durch das Gespräch mit dem Therapeuten wird bei der Entschärfung einer Katastrophenstimmung eine Distanz zum Problem geschaffen. Aus dieser Distanz wird das Problem «cool» betrachtet, wobei der Therapeut sozusagen als Modell vorangeht. Die Emotionen werden dabei nicht etwa ausgeklammert, sondern wir kommen «an die Emotionen des Be-

treffenden auf dem Weg über Kognitionen heran» (Beck 1979, S.179f). Die selbstschädigende Folge der Katastrophenerwartung wird erkannt, sie wird ersetzt durch eine realitätsgerechte Auffassung. Damit ist es zumeist aber nicht getan, wenn sich auch momentan bereits ein Erfolg einstellen kann. Dieser ist aber vorerst an die Beziehung zum Therapeut, in verhaltenstherapeutischer Sicht als einem Modell (Elternersatz?), gebunden. Es handelt sich nicht um eine 5-Minuten-Therapie, sondern die Einsicht – besser wäre vielleicht: diese «neue Sichtweise» – muss durch Selbstvertrauen befestigt werden, z.B. mit dem Durchbesprechen von ganz anderen Alltagsproblemen und Anleitung und Übung zu ihrer Bewältigung, mit Rollenspielen, vielleicht mit einem Selbstbehauptungstraining.

Wie immer bei der kognitiven Verhaltenstherapie soll nicht nur das aktuelle Problem gelöst werden, sondern soll der Klient oder Patient in die Lage versetzt werden, auch andere, ähnliche Probleme zukünftig von sich aus lösen zu können. Er muss also Problemen, auch emotionalen Problem anders gegenübertreten lernen.

Das Verfahren der Entkatastrophisierung legt es nahe, sich mit dem Begriff des Hilflosigkeitssyndroms zu beschäftigen, das von manchen kognitiv arbeitenden Verhaltenstherapeuten zu einem zentralen Begriff erklärt worden ist (siehe zu diesem Begriff Krautzig u. Linden 1979, S.253-263). Seinen Ausgang nahm dieser Begriff durch ein Tierexperiment. Hunde wurden Schockerlebnissen ausgesetzt, die sie durch ihr Verhalten nicht kontrollieren konnten. Dass sie sich dabei ein Hilflosigkeitssyndrom erwarben, ergab sich daraus, dass sie in einer Situation, in der sie Schocks ausgesetzt waren, denen sie jedoch diesmal durch ein bestimmtes Verhalten ausweichen konnten, solches ausweichendes Verhalten nur viel mühsamer erlernten als «naive» Hunde. Mit Menschen wurden in der Folge gleichartige Versuche mit demselben Ergebnis unternommen. Es lässt sich sagen, dass das Hilflosigkeitssyndrom sich aus einem Verlust des Vertrauens in die eigene Kompetenz ergibt. Das lässt sich auch von der oben erwähnten Patientin sagen und erklärt die Notwendigkeit der Begleitmaßnahmen in der Therapie, damit die Patientin wieder Vertrauen in ihre Kompetenz gewinnt, die über das aktuelle Problem hinausgehen.

Ein Psychoanalytiker oder ein Individualpsychologe würde nach einem Erlebnis der Trennung suchen, bei dem die Patientin sich hilflos gefüllt hätte und diese nacherleben lassen im Glauben, dass damit das Hilflosigkeitsyndrom vielleicht nicht schlagartig geheilt, aber doch wirkungsvoll entschärft wäre. Ein Vertreter der «klassischen» kognitiven Therapie jedoch geht so vor, wie ich es geschildert habe, indem er einen Rückgriff auf das Ur-Erlebnis als Ausgangspunkt des Lernens von Hilflosigkeit als unnötig ansehen würde, wohl sogar als unwirksam. Beachte aber das dritte Beispiel nach der Zusammenfassung mit der Aufarbeitung eines Kindheitserlebnisses nach Judith Beck.

7. Beachtung und Überprüfung von Ursachenzuschreibungen («Reattribuierung»)

In der akademischen Psychologie ist immer eine *kausale* Zuschreibung gemeint, wenn ohne Präzisierung von Attribution gesprochen wird und nicht eine qualitative Etikettierung.

7.1 Beispiele zur Korrektur von Ursachenzuschreibung («Reattribuierung»)

7.1.1 Erstes Beispiel einer Reattribuierung

Der Bericht über einen Patienten von Aaron Beck (1976, S.124f) könnte wörtlich von Dubois übernommen worden sein! (⇗Rationelle Psychotherapie):

Ein 40-jähriger Mann wird wegen eines Angstzustandes in die Notfallstation eines Krankenhauses eingeliefert. Er ist einige Stunden zuvor in einem Skilift hochgefahren, litt plötzlich an Atemnot, fühlt sich darauf sehr schwach, schwitzte und hatte die Empfindung das Bewusstsein zu verlieren. Ein Elektrokardiogramm ergibt keine Besonderheit. Die Diagnose lautet auf einen akuten Angstanfall und der Patient bekommt ein Beruhigungsmittel. Der schwere Angstzustand des Patienten dauert jedoch an, während er nach Hause zurückkehrt. Wie er Aaron Beck am nächsten Tag aufsucht, fällt es ihm zunächst schwer, zu schildern, wovon er eigentlich Angst hat. Auf genaueres Befragen durch Beck erinnert er sich jedoch, daß ihm auf der Bergstation des Skilifts seine Kurzatmigkeit aufgefallen ist. Es kam ihm der Gedanke, daß diese Kurzatmigkeit das Anzeichen einer Herzerkrankung sein könnte. Es kam ihm sein Bruder in den Sinn, der ebenfalls an Kurzatmigkeit gelitten und vor wenigen Monaten an einem Herzinfarkt gestorben ist. Drohte ihm ebenfalls dieses Schicksal? Seine Angst nahm zu und jetzt fühlte er sich zunehmend schwach, begann zu schwitzen und dachte, ohnmächtig zu werden. Also doch schwer krank! Das unauffällige Elektrokardiogramm beruhigte ihn nicht.

Beck erklärt dem Patienten, «daß seine anfängliche Kurzatmigkeit eine häufige physiologische Reaktion auf die dünne Höhenluft sei; seine daraus resultierende Furcht vor einem Herzinfarkt habe Angstsymptome ausgelöst, die er als Anzeichen des bevorstehenden Todes missdeutet habe». Der Patient beruhigt sich, sein Angstzustand verschwindet und er fühlt sich gesund.

7.1.2 Weitere Beispiele von Reattribuierung

Jeder praktische Arzt und Kinderarzt weiß, was unter «Reattribuierung» zu verstehen ist, wenn er Mütter von Schuldgefühlen befreien muss, die bei einem Kind mit Trotzanfällen im dafür typischen Alter sich wegen Erziehungsfehlern Vorwürfe machen oder ähnlich, wenn ihr Kind an einem Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom leidet oder an Autismus.

7.2.Ausführungen zur Korrektur von Ursachenzuschreibung

Die ursächliche Zuschreibung ist ein Schlüsselbegriff der kognitiven Psychotherapie. Es geht schon ⇗rationellen Psychotherapie nach *Dubois* um eine Reattribuierung. Und wenn für Ellis und Beck nicht das auslösende Ereignis die Ursache der neurotischen Verstimmung ist, sondern das, was dem Patienten dabei durch den Kopf gegangen sei, so ist auch das letztlich eine Reattribuierung. Auch die Selbstinstruktionstherapie, die Vermittlung von Problemlösungsstrategien sowie die Entschärfung von Katastrophenerwartungen könnte theoretisch zum Begriff der Attribution in Beziehung gesetzt werden oder wenn gesagt wird: «Auch wenn die Umstände in Ihrer Vorgeschichte ungünstig waren – und trotz sehr realer Gründe für Qual und Unsicherheit –, werden Sie entdecken, dass Sie *in sich selbst* die Fähigkeit tragen,

ihr Leben *jetzt* zum Besseren zu ändern, wenn Sie bereit sind, die Verantwortung für sich zu übernehmen» (Freeman u. DeWolf 1992, S.11).

. Es gibt auch *qualitative Attributionen.* Sie sind im allgemeinen personbezogen und entsprechen dann einer *Etikettierung*, werden auch im Rahmen der kognitiven Verhaltenstherapie oft so bezeichnet. Ein Lehrer sagt zu einem seiner Schüler: „Du bist ein Versager!" und zwar nicht, weil seine Schulnoten unter dem Durchschnitt der Klasse gelegen hätten, sondern weil er enttäuscht war, dass der Schüler als Sohn eines von ihm geschätzten Behördenmitglieds (das auf die Schule keinen Einfluss hatte) nicht zu seinen besten Schülern gehörte. Indirekt handelt es sich in solchen Fällen immer auch um eine kausale Zuschreibung, weil ich sage: „Er *ist* so!", mit anderen Worten: Sein Verhalten entspringt seiner Wesensart. Eine solche Etikettierung kann verhängnisvolle Folgen haben, wenn sie ein Kind in sein Selbstbild übernimmt, insbesondere natürlich, wenn ihm der Lehrer aus für welchen Gründen auch immer, als Autorität imponiert. Folgen einer solchen Etikettierung können auch sein, dass Etikettierende - in diesem Fall der Lehrer - im allgemeinen die Tendenz haben wird, seine Etikettierung fortlaufend bestätigt zu sehen. Er wird entsprechend seinen Erwartungen mit seinem Schüler umgehen und dieser kann häufig dann auch entsprechend diesen Erwartungen reagieren. Daraus ergibt sich ein Teufelskreis.

Nur nebenbei: Es gibt auch positiv wirkende Etikettierungen, die ebenfalls die Wirkung haben, dass der Etikettierte den Erwartungen mehr und mehr entspricht (Pygmalion- oder Rosenthaleffekt).

8. Die Klassifizierung verschiedener neurotischer Störungen und abnormer Persönlichkeiten nach vorherrschenden dysfunktionellen Kognitionen

Aaron Beck hat «auf der Basis klinischer Beobachtungen und systematischer Studien» die neurotischen Störungen nach den bei ihnen im Vordergrund stehenden dysfunktionellen Kognitionen klassifiziert (1976, S.73):

Depressionen zeichnen sich durch selbstabwertende Kognitionen aus und solche, welche Hoffnungslosigkeit ausdrücken, so «Ich bin ein Versager, minderwertig!», «Keiner mag mich, alles richtet sich gegeben mich!», «Es ist alles hoffnungslos, es wird nie besser werden, Schreckliches wird geschehen!» (Wilken 1998/³2006, S.25). Bei einer *Hypomanie* bestehen sich überschätzende Kognitionen, z.B. (L.S.) «Ich werde reich, wenn ich – vorerst auf Kredit – mit Flugzeugen handle!»; bei einer *Angstneurose* weisen die Kognitionen auf Gefahren, z.B. (L.S.) «Wenn ich in der Menschenmenge im Warenhaus bin, bricht wahrscheinlich ein Brand aus!» (⇗«Klassische» Verhaltenstherapie, 2.6); bei *neurotischen paranoiden Zuständen* richten sich die Kognitionen gegen eine feindlich bedrängende Mitwelt, z.B. (L.S.) «Meine Kollegen im Geschäft unternehmen alles, um mich beim Chef anzuschwärzen!»; bei der *Hysterie* geht es um Kognitionen, welche eine Funktionsstörung der Bewegungs- oder Sinnesorgane «bestätigen»; bei *Zwangsneurosen* bestehen die dysfunktionellen Kognitionen aus Warnungen oder Zweifel, z.B. (L.S.) «Wenn ich nicht das Kissen im Bett diagonal hinlege, stirbt meine Mutter!», «Wenn ich ein Messer in die Hand nehme, könnte ich mir versehentlich die Augen ausstechen!» u.a.

Wie die Neurosen lassen sich auch *Persönlichkeitsstörungen* oder *abnormen Persönlichkeiten* nach vorherrschenden dysfunktionellen Kognitionen definieren. Beck ui. Freeman (1990/²2004) schildern das eindrücklich, z.B. bei der abnorm abhängigen Persönlichkeit: «Ich kann mein Leben nicht so bewältigen, wie andere Menschen das können!», «Allein bin ich hilflos und unglücklich!», «Ich kann von mir aus keine Entscheidungen fällen!», «Ich brauche jemanden, der mir beisteht und zu dem ich jederzeit Zugang habe!», «Ich darf nichts äußern und tun, was meinen Unterstützer kränken könnte, denn das Schlimmste, was mir passieren könnte, wäre, verlassen zu werden!».

Wie bei den Neurosen geht es auch bei den abnormen Persönlichkeiten darum, diese dysfunktionellen Kognitionen zu widerlegen, sei es durch Realitätsprüfungen, sei es durch Probehandlungen u.a. Das therapeutische Vorgehen ist nach Beck u. Mitarbeitern nicht grundsätzlich anders als bei Neurosen, nur schwieriger – auch hinsichtlich Übertragung und Gegenübertragung – und länger dauernd.

9. Literaturempfehlung

Ein flüssig lesbares Taschenbuch mit genauer Schilderung des praktischen Vorgehens zur Praxis der «klassischen» Kognitiven Therapie nach Ellis, Beck: und Meichenbaum: Beate Wilken, *Methoden der Kognitiven Umstrukturierung*, Stuttgart: Kohlhammer, 1998/³2006 (220 Seiten). – Ein Lehrbuch der Kognitiven Therapie mit Vorwort von Aaron Beck, unter Berücksichtigung der therapeutischer Aufdeckung prägender Kindheitserlebnissen: Judith Beck, *Cognitive* Therapy, Guilford Press, New York + London, 1995 (deutsch: *Praxis der Kognitiven Therapie*, Weinheim: Beltz, 1999 (mittelgroßes Format, 330 Seiten). – Populär geschrieben, Klienten und Patienten mit einer gewissen Ich-Stärke zu empfehlen, sind die Taschenbücher von Arnold Lazarus, zum Teil mit Mitarbeitern: *I Can If I Want To*, William Morrow, New York, 1975 (dt.: *Ich kann, wenn ich will: Anleitung zur psychologischen Selbsthilfe*, Klett-Cotta, Deutscher Taschenbuch Verlag, Stuttgart1985/¹³2004, 125 Seiten), oder *Don't Believe it for a Minute*, Impact Publisher, 1993 (dt.: *Fallstricke des Lebens*, Klett-Cotta, Deutscher Taschenbuch Verlag, Stuttgart, 2001/²2003, 160 Seiten). – Ebenfalls populär geschrieben, aber umfangreich: vom Psychiater David D. Burns eine Anleitung, um ein erfülltes Leben ohne Minderwertigkeitsgefühle und depressive Verstimmungen zu führen durch Anwendung der Grundsätze der kognitiven Therapie: *The Feeling Good Handbook*, Plume, New York 1990/ ²1999, 700 Seiten (deutsch: *Feeling Good*, Paderborn, Junfermann, 2006, 400 Seiten). – Auch ein lernender Psychotherapeut, der auf für ihn «spielerische Weise» in die Gedankengänge und Praxis der kognitiven Psychotherapie eingeführt sein möchte, blättert mit Gewinn in den Taschenbüchern von Lazarus oder dem erwähnten Werk von Burns.

VERHALTENSTHERAPIE NACH DER «KOGNITIVEN WENDE»

Voraussetzung zum Verständnis dieses Kapitel ist die Kenntnis der ⇗«klassischen» Verhaltenstherapie, die sich durch «Vereinahmung» der Kognitiven Psychotherapie gewaltig erweitert hat. Verhaltenstherapeuten von heute verstehen sich fast alle als «kognitiv orientierte Verhaltenstherapeuten».

1. Zusammenfassung

Die sozusagen unpersönliche, von Tierversuchen abgeleitete Lerntheorie der «klassischen Verhaltenstherapie» wurde in den 70er Jahren allmählich durch eine neue, wie ich es nenne, «persönliche Lerntheorie» abgegrenzt», die auch berücksichtigt, was beim Lernen «im» Menschen vor sich geht, dies besonders im Zusammenhang mit Behandlungsversuchen bei komplexen neurotischen Störungen. Es wurde zuerst der Begriff des «inneren Verhaltens» geprägt, damit die Bezeichnung «Verhaltenstherapie» weiterhin gültig bleiben kann. «Inneres Verhalten» ist z.B. was ich innerlich zu mir selber sage. Heute gelten auch Gedanken und Gefühle als Verhaltensweisen (Rufer 2007). Jemand mag sagen: «Ich kann kein Zimmer betreten, wenn ich vermute, dass Mäuse darin sind», kann aber absolut gleichbedeutend auch sagen: «Ich habe schrecklich Angst vor Mäusen!». Der Gedanke der «klassischen» Verhaltenstherapie bleibt: Irgendwann und irgendwo hat der Betreffende das «gelernt» und es geht bei der Therapie darum, dass er es wieder «verlernt». So können auch dysfunktionelle Kognitionen, die von der ⇗Kognitiven Therapie erfasst werden, als «erlernt» betrachtet und ihr Ersatz durch funktionelle Kognitionen als «Verlernen» aufgefasst werden. Eine Folge dieser Überlegungen ist, dass Verhaltenstherapeuten die ⇗Kognitive Psychotherapie sozusagen «vereinnahmt» haben und zu «kognitiv orientierten Verhaltenstherapeuten» geworden sind, ohne aber bewährte «klassisch» verhaltenstherapeutische Verfahren, wie z.B. die Desensibilisierung, auszuschließen.

Beispiele hier anzuführen erübrigt sich (⇗«Klassische» Verhaltenstherapie; ⇗Kognitive Psychotherapie).

2. Weitere Ausführungen zur Verhaltenstherapie nach der «kognitiven Wende»

Donald Meichenbaum kann als erster Verhaltenstherapeut bezeichnet werden, der schon Anfang der 70er Jahre auf Grund von Erfahrungen mit Schizophrenen, dann mit Studenten mit Prüfungsangst kognitiv-therapeutische Gesichtspunkte in seine therapeutischen Verfahren einbezogen hat. Ich habe ihn deshalb bereits im Kapitel über Kognitive Psychotherapie als Begründer des «Selbstverbalisationstrainings» ausführlich erwähnt. Albert Bandura hat die neue Lerntheorie [Social learning theory] formuliert. Robert Verres fasst in drei Punkten zusammen, was Bandura dazu geschrieben hat (in Bandura 1977):

«(1.) Lernen wird am ‹Menschen› untersucht und als aktiv, kognitiv gesteuerter Verarbeitungsprozess gemachter Erfahrungen verstanden. Die hierbei wirksamen kognitiven Operationen stellen in allen ihren Einzelheiten den Hauptgegenstand der wissenschaftlichen For-

schungsarbeit dar. Ein besonderes Schwergewicht liegt auf der Fähigkeit der Menschen zum symbolischen Lernen und zum ‹stellvertretenden› Lernen aus dem Miterleben der Erfahrung anderer. (2.) Das aktuelle Verhalten von Menschen wird nicht mehr als automatisches konditioniertes Reagieren auf determinierende Kontingenzen seitens der äußeren Umwelt verstanden. Das Handeln der Menschen wird vielmehr als aktiver Prozess begriffen, bei dem Motivationen, emotionale Empfindungen und komplexe Denkprozesse eine entscheidende Rolle spielen. (3.) Da die Menschen nicht mehr als rein passiv formbare Marionetten äußerer Umwelteinflüsse beschrieben werden, ergibt sich ein optimistischeres Menschenbild. Bandura analysiert gewissermaßen stärker aus der Perspektive des handelnden Menschen selbst als aus der Perspektive des Experimentators. Dem Menschen wird vom Psychologen Albert Bandura nicht mehr die Rolle eines reinen Forschungsobjekts zugewiesen, das man nach Belie ben durch Einsatz gezielter Techniken manipulieren kann, ohne sich vorher mit ihm selbst beraten zu haben.»

Bekannte Vertreter der kognitiven Verhaltenstherapie sind auch Arnold Allan Lazarus, ebenfalls Allen Fay, mit dem zusammen Lazarus ein ausgezeichnetes und instruktives kleines Werk zur Selbsttherapie herausgegeben hat, in dem er, Ellis folgend, häufige fehlerhafte Überzeugungen auflistet, die unbedacht bei vielen Menschen das Erleben und Verhalten steuern (Lazarus u. Fay 1975). Für Lazarus sind in seinem Werk über Innenbilder (Lazarus 1977) die «irrationalen Überzeugungen» (Ellis) oder «automatischen Gedanken» (Beck) im Grunde genommen bildhafte Vorstellungen und entsprechend auch durch innere Bilder (Tagtraumphantasien) zu korrigieren. Am bekanntesten ist jedoch das 1976 von Lazarus und Mitarbeitern verfasste Buch über Multimodale Verhaltenstherapie (Lazarus u. Mitarb. 1976). Im therapeutischen Verfahren empfiehlt er dort das Vorgehen im Sinn der rational-emotiven Therapie von Ellis, weist aber immer wieder darauf hin, dass bei der Behandlungsplanung und bei der Beurteilung des Erfolges systematisch nicht nur die Verhaltensmodifikation, sondern auch die emotionalen Verhältnisse, das körperliche Befinden, die inneren Vorstellungen, die kognitiven Verhältnisse, die mitmenschlichen Beziehungsverhältnisse und allenfalls medikamentöse Wirkungen zu beachten seien, besonders auch zu berücksichtigen, wenn eine Behandlung einmal stecken bleiben sollte. Da alle diese «Modale» ineinanderverschränkt zur Wirkung zu kommen pflegen, ist ihre Beachtung für kognitiv orientierte Psychotherapeuten nichts Neues, nur eben, dass Lazarus in seinem Buch empfiehlt, sie *systematisch* zu berücksichtigen. Interessant ist, dass Lazarus die Anwendung von Hypnose einbezieht.

Bei dem Verhaltenstherapeuten M. J. Mahoney (1974) spielt wie bei Ellis und Beck die Auseinandersetzung mit unproduktiven Überzeugungen eine wichtige Rolle, er vertritt ebenfalls die «Selbstinstruktionstherapie» nach Meichenbaum und leitet seine Patienten vor allem auch zur rationalen Analyse ihrer Probleme und Einübung von Problemlösungsstrategien an.

Der führende kognitiv orientierte Psychotherapeut Aaron Beck erklärt die ⇗«klassische» Verhaltenstherapie, wie sie z.B. Joseph Wolpe vertrete, als «eine Unterabteilung der Kognitiven Therapie». Wolpe erkläre die Erfolge der Verhaltenstherapie durch neurophysiologische Vorgänge auf dem Gebiet von Reflexen. Es sei jedoch davon auszugehen, «dass die erziel-

ten Fortschritte durch die Modifizierung der kognitiven Systeme zustande kommen, d.h. durch Veränderung der Einstellungen, Überzeugungen und Denkweisen. Schon die Wahrnehmungen, ihre Deutungen und die Vorstellungen seien durch «kognitive Strukturen (Schemata)» bedingt (Beck, 1976, S.266-275).

Von den Verhaltenstherapeuten wird heute, was *im* Menschen vorgeht, vor allem Kognitionen, als «privates Verhalten» oder «inneres Verhaltens», wie erwähnt, kurzerhand in den Verhaltensbegriff einbezogen (Lückert 1994, S.46; Lazarus 1976, S.62) und die Verhaltenstherapeuten sehen sich entsprechend berechtigt, Ellis und Beck als Verhaltenstherapeuten zu betrachten, obgleich diese nicht von der Verhaltenstherapie her, sondern aus ihrer psychoanalytischen Praxis heraus ohne lerntheoretische Überlegungen die kognitive Psychotherapie begründet haben.

So haben wir die amüsante Situation, dass Beck als Vertreter der Kognitiven Therapie die Verhaltenstherapie «eigentlich» als kognitive Therapie auffasst, die Verhaltenstherapeuten hingegen die kognitive Therapie als «eigentlich» Verhaltenstherapie!

Die kognitiv orientierten Verhaltenstherapeuten haben auch ihre grundsätzliche Gegnerschaft zu den tiefenpsychologischen Verfahren aufgegeben, wie bereits die kognitiven Therapeuten. . Das ergibt sich aber auch aus der *Problemanalyse*, die der Verhaltenstherapeut Fliegel in Übereinstimmung mit anderen verhaltenstherapeutisch orientierten Autoren heute als «Kernstück» oder «Herzstück» der Verhaltenstherapie betrachtet (Fliegel 1994/[2]1995, S.33-38, S.75). Zur Problemanalyse gehört nämlich nicht nur eine *Analyse der Kognitionen*, sondern u.a. auch eine *Motivanalyse*. Als Beispiel für eine solche stellt der Autor jemanden vor, der sich «in der Regel unbewusst» vermittels einer Phobie vor dem Autofahren vor Ausbruchsversuchen aus der Ehe schützt oder jemanden, der unter sexuellen Störungen leidet, um sich nicht mit noch existentielleren und belastenderen Problemen auseinanderzusetzen zu müssen. Ich sehe keinen Unterschied zum tiefenpsychologischen Begriff der Abwehr!

Zur Problemanalyse gehören nach Fliegel auch die *Analyse von Kommunikationsgewohnheiten* und des *Beziehungsverhaltens,* womit der Autor, wie seine Beispiele bestätigen, zu erkennen gibt, dass gestörte Kommunikationen und gestörte Beziehungsverhältnisse eine Neurose maßgeblich mitbedingen können. Daraus ergibt sich, weshalb derselbe Autor in die kognitive Verhaltenstherapie auch «Übung in sozialer Kompetenz» einbezieht, z.B. lernen, «Nein» zu sagen, lernen, Forderungen zu stellen, lernen, Wünsche zu äußern, lernen, Gespräche zu beginnen, lernen, Kontakt aufzunehmen, lernen, öffentlich zu sprechen, lernen, Misserfolge und Ablehnungen zu akzeptieren. Schließlich schreibt Fliegel noch von einer *soziologischen Analyse*, bei welcher Beachtung findet, inwiefern die soziale Situation die Entstehung und Erhaltung von Störungen fördert, was an die ⇗Individualpsychologie von Alfred Adler erinnert.

Ich habe selbst erlebt, wie sich, was heute seit der «kognitiven Wende» in den 70er Jahren unter «Verhaltenstherapie» verstanden wird, mit dem, was zuvor darunter verstanden worden ist, kaum vergleichen lässt. Das stellt auch der Verhaltenstherapeut Fliegel fest. (Fliegel 1994/[2]1995, S.13). Die gegenseitige Annäherung der verschiedenen Richtungen der Psychotherapie, mindestens in der Praxis, scheint unaufhaltsam.

3. Literaturempfehlung

Empfehlenswert ist das Taschenbuch von Steffen Fliegel, *Stichwort: Verhaltenstherapie*, Heyne, München, 1994/²1995 (95 Seiten) und, ausschließlich praxisbezogen, von Steffen Fliegel u. Mitarb., *Verhaltenstherapeutische Standardmethoden*, Beltz, Weinheim, 1981/⁴1998 (großes Format, 300 Seiten).

KOMMUNIKATIONSTHERAPIE

Fritz Simon und Helm Stierlin leiten merkwürdigerweise ihre Ausführungen zum Stichwort «Kommunikationstherapie» mit dem Satz ein: «Als geistige Väter dieser Therapieform dürfen G. Bateson und M. H. Erickson gelten» (Simon u. Stierlin 1984). Bateson hat sich mit Kommunikationsstrukturen von Patienten beschäftigt, die an Schizophrenie leiden und mit doppelbödigen Botschaften in deren Herkunftsfamilien. Milton Erickson hat durch manipulative Botschaften seine Patienten in Trance versetzen können. Meine folgenden Ausführungen beschäftigen sich weder mit dem einen noch mit dem anderen, sondern verstehen unter «Kommunikationstherapie» die Anleitung zu einem konstruktiven Austausch von Mitteilungen im Wissen, dass Beziehungsschwierigkeiten sehr häufig, ganz besonders bei Neurotikern, durch destruktive Kommunikation bedingt sind.

1. Zusammenfassung

Kommunikation ist nach Hesnard die «primäre Bedingung des Menschseins», denn es ist «die Beziehung, die in zahllosen Aspekten, Formen und Varianten jeden Menschen grundlegend mit der Welt der Menschen und ebenso die Menschen untereinander eint» (nach Muccielli 1974, S.40). Die *Kommunikationstherapie* besteht darin, die Patienten und Klienten zu lehren, konstruktiv mit anderen umzugehen, insbesondere konstruktiv miteinander zu reden. «Kommunikationstherapie» ist gleichbedeutend mit «Kommunikationslernen» und damit ein Zweig der Verhaltenstherapie oder der Kognitiven Therapie (A. u. E. H. Mandel 1971)

Kommunikationslernen ist auch außerhalb der Psychotherapie auf dem Gebiet jeder Beratung, auch Organisationsberatung, auf dem Gebiet der Erwachsenenbildung und für den Umgang mit Kindern in Erziehung und Schule sinnvoll.

Bei einer Kommunikation werden allgemein *Sachebene* und *Beziehungsebene* voneinander unterschieden. Auf der *Sachebene* geht es um den sachlichen Inhalt dessen, was gegenseitig gesagt wird, z.B. «Der Zug geht um 10 Uhr 30!», auf der *Beziehungsebene* geht es oft nur darum, *wie* etwas gesagt wird, in diesem Fall z.B. könnte herausgehört werden: «Ich fürchte, du verspätest dich!». In der Kommunikationstherapie wird der Beziehungsebene, eben gerade, wenn sie unausgesprochen bleibt, große Bedeutung zugemessen. Sie wird aber im allgemeinen zu pauschal behandelt. Sie umfasst nämlich, worauf Schulz von Thun aufmerksam macht, (1.) was wir über uns selber sagen (*«Selbstoffenbarung»*), z.B. «Ich bin ungeduldig!»; (2.) was wir darüber sagen, wie wir zum anderen stehen (*«Beziehung»*), z.B. «Immer muss ich auf dich warten!»; (3.) wozu der Zuhörer aufgefordert wird (*«Appell»*), z.B. «Mach mal vorwärts!». Mit der Sachebene hat eine Kommunikation nach Schulz von Thun also vier Aspekte (Schulz v. Thun, Bd.I, 1981/[4]1989).

Eine ungestörte Beziehungsfähigkeit bedeutet Gesundheit. Die Beziehungsfähigkeit und eine gestörte Beziehung können oft allein dadurch für dauernd verändert werden, dass gewisse Kommunikationsregeln erlernt und zu einer «neuen Spontaneität» werden. Die «neue

Spontaneität» aber entspricht einem Wandel der Mitmenschlichkeit und damit der Persönlichkeit. Kommunikationslernen dient aber auch ganz allgemein der Pflege der Beziehungen.

2. Beispiele missglückter Kommunikation

2.1 Erstes Beispiel

«Gehst du heute in die Stadt?» – «Nein.» – «Nie tust du etwas mir zuliebe!» – «Wieso soll ich dir zuliebe in die Stadt gehen?» – «Die Fotografien von unserem Spanienaufenthalt sollten geholt werden; ich wollte sie dem Brief an Robert beilegen, aber jetzt, wo du dich weigerst, in die Stadt zu gehen, wird eben nichts daraus!».

Eine Frage wird ohne ersichtliches oder ausgesprochenes Motiv gestellt.

2.2 Zweites Beispiel

«Heute könnten wir einen Ausflug auf den Zimmerberg machen!» – «Immer sollen wir tun, was du willst!».

Ein Bedürfnis oder Wunsch wird als Forderung gehört

2.3 Drittes Beispiel

Der Ehemann kommt nach Hause und begrüßt seine Gattin. Ungewohnterweise ist das Essen nicht bereit. *Er* lässt sich mit einem Seufzer in einen Sessel fallen und nimmt die Zeitung. *Sie* denkt: «Er ist ungehalten, dass das Essen nicht bereit ist. Wie er sich mit einem Seufzer in den Sessel fallen gelassen hat, ist deutlich genug und nun versteckt er sein verärgertes Gesicht hinter der Zeitung». *Er* denkt: «Eigentlich schön, dass ich mich nicht sofort an den Tisch setzen muss. Zuerst eine kleine Entspannungspause einschalten nach dem Stress im Geschäft. Die Zeitung erleichtert mir die Ablenkung!».

Missverständnis durch scheinbares «Gedankenlesen»

2.4 Viertes Beispiel

«Kommst du heute Abend noch ins Kino?» – «Ach Gott, ich bin viel zu müde! Das solltest du eigentlich merken, wenn du mich wirklich liebst!»

Anspruch auf «Gedankenlesen»

2.5 Fünftes Beispiel

Mutter zur Tochter: «Räum' jetzt endlich einmal dein Zimmer auf!» - Tochter (nicht trotzig, sondern strahlend): «Seit heute morgen ist es tip-top aufgeräumt!» – Mutter: «Dann hol' mir Kartoffeln im Keller! Muss ich denn hier alles alleine machen?!»

Kein Lob! Eher ungehalten, dass kein Anlass zum Seufzen. Also wird ein anderer Anlass gesucht. Ungehaltenheit mit Seufzen dürfte bei der Mutter ein «Lieblingsgefühl» sein (⇗Transaktionale Analyse, 12)..

2.6 Sechstes Beispiel

Psychotherapeut (in sachlichem Tonfall): «Weswegen weinen Sie?» – Patient (sich schneuzend): «Entschuldigen Sie! Es soll nicht mehr vorkommen!»

Hört Kritik aus sachlicher Frage oder transaktionsanalytisch formuliert: Hört als «Kind» den Therapeuten als «Elternperson»» (⇗Transaktionale Therapie, 5).

2.7 Siebentes Beispiel

«Mich stört, dass du immer zu spät kommst!» – «Das stört dich jetzt nur, weil dein Vater immer so pedantisch war!»

Deutung statt Antwort.

3. Weitere Ausführungen zur Kommunikationstherapie

Meine Ausführungen zur Kommunikationstherapie sind besonders beeinflusst durch meine Selbsterfahrung und Ausbildung in Themenzentrierter Interaktion nach Ruth Cohn. Dieses «Lebendige Lernen» kann auch gruppentherapeutisch eingesetzt werden.

3.1 Was ist Kommunikation?

Die Kommunikationstherapeuten Anita u. Karl Herbert Mandel verstehen unter *Kommunikation «die Mitteilung* und *den Empfang von Aussagen* durch Sprache wie durch nichtsprachliche Ausdrucks- und Verhaltensweisen» (Mandel, A. u. Mitarb. 1971, S.479 – Auszeichnung durch L.S.). Dabei berücksichtigen sie beim Empfänger als Reaktion nicht nur «objektiv» beobachtbare Verhaltensweisen, sondern auch Gefühle, Vorstellungen und Gedanken. Für Friedemann Schulz von Thun (Bd.I, 1981/Bd.II, 1989) ist unter *Kommunikation* die Art zu verstehen, wie Menschen sich verständigen und miteinander umgehen. Dass er die Beziehungsebene auf geistreiche Art aufschlüsselt, habe ich bereits in der Zusammenfassung erwähnt. Der «Empfänger» hat dabei die Neigung, einen Aspekt bevorzugt «herauszuhören»: den sachlichen Inhalt, die Selbstoffenbarung, den Anspruch an die Beziehung oder den Appell. Er kann dann auf einen Aspekt regieren, der beim «Sender» scheinbar oder tatsächlich nicht im Vordergrund gestanden hat. Es führt dies häufig zu Missverständnissen, die üblicherweise nicht offengelegt, sondern überspielt werden. Schulz von Thun entwickelt im übrigen im zweiten Band seiner Kommunikationslehre eine eigene Art der Kommunikationstherapie.

Für den Kommunikationsbegriff aller erwähnten Autoren gilt nicht, was Paul Watzlawick u. Mitarbeiter feststellen: Jedes Verhalten in Anwesenheit anderer – und es gebe kein «Nicht-Verhalten» – sei als Botschaft, Nachricht oder Mitteilung bedeutsam und damit eine *Kommunikation* (Watzlawick u. Mitarb. 1969). Wenn ich im Stadtbus hinten links einen anderen Passagier sehe, der Zeitung liest, kommuniziert er nach Watzlawick, dass er Zeitung liest. Das ist etwas anderes als eine Mitteilung an jemanden und es ist meines Erachtens fraglich, ob das Wort «Kommunikation» hier überhaupt sinnvoll angewandt ist.

3.2 Werthaltungen der Kommunikationstherapie

In der Kommunikationstherapie steht das Lernen, miteinander zu reden, unter übergeordneten Werthaltungen: der Förderung von *Emanzipation* und *Autonomie*; *Gleichberechtigung*, die nicht ausschließt, dass Verantwortungen für bestimmte Bereiche einvernehmlich verteilt werden; *Solidarität* bei übereinstimmenden, *Kompromissbereitschaft* bei widersprechenden Bedürfnissen, wobei auch ein Nacheinander als Kompromiss aufgefasst werden kann.

3.3 Allgemeine Kommunikationsregeln

Die Kommunikationstherapie ist bis jetzt weder historisch noch systematisch eine eigene, allgemein anerkannte psychotherapeutische «Richtung» oder «Schule». Trotzdem hat sich eine erstaunliche Übereinstimmung darüber ausgebildet, die Einhaltung welcher Regeln mitmenschliche Beziehungen konstruktiv fördern und zur Behebung von Beziehungsschwierigkeiten maßgebend beitragen. Wir finden, was ich hier als «allgemeine Regeln» bezeichne, auch ohne dass sie jedesmal ausdrücklich als solche erwähnt werden, bei den verschiedenartigsten Autoren, sei es in Bezug auf Paarberatung und Paartherapie, Familienberatung und Familientherapie, Pädagogik und Erwachsenenbildung oder beziehen sich die Ausführungen ganz allgemein in Alltagssituationen, in denen Menschen miteinander zu tun haben. Siehe dazu die Literaturempfehlungen am Ende dieses Kapitels.

3.3.1 Wille, sich gegenseitig zu verstehen

Voraussetzungen einer konstruktiven Kommunikation ist der Wille, zusätzliche Informationen entgegenzunehmen und sich mit anderen auf der Sachebene wie auf der Beziehungsebene «zu verstehen».

Wer nur eben anderen sagen will, wovon er überzeugt ist, ohne die Bereitschaft, seine Ansicht gegebenenfalls durch neue Informationen und neue Überlegungen auch in Frage stellen zu lassen, leistet keinen Beitrag zu einer konstruktiven Kommunikation. Es geht ihm weder darum, Informationen entgegenzunehmen und diese unvoreingenommen zu prüfen, noch geht es ihm darum, sich in den anderen einzufühlen. Beides ist aber eine Vorbedingung dessen, was unter «sich verstehen» gemeint ist.

Jeder ist gleich wichtig wie die anderen; es gibt kein oben und kein unten, es gibt keine Sieger und keine Besiegten.

3.3.2 Aktives Zuhören

Die nach Cardon u. Mitarb wichtigste Fähigkeit besteht darin, dem anderen wirklich zuhören zu können, besonders auch, wenn es um ein Anliegen oder die Darlegung eines Problems geht: «aktives Zuhören» [l'écoute efficace] (1977/²1984).

Zuerst einmal heißt dies schweigen, aber dabei mit der Einstellung «Ich bin O.K., du bist O.K.» bei dem zu sein, der spricht, und bei dem, was er sagt. «Aktives Zuhören» ist eine Funktion der «Erwachsenenperson», deshalb zeigt sie sich auch in der körperlichen Haltung, dem Blick und der Mimik. Derjenige der aktiv zuhört, wird von dem, der spricht, ernstgenommen. Aktivem Zuhören widerspricht nicht, hie und da auch mit Äußerungen zu erkennen zu geben, dass verstanden wird, was der andere sagt. Es empfiehlt sich dies besonders in der Psychotherapie. Das zeigt sich in kleinen Bemerkungen wie «Ich verstehe!», «Ich sehe!». Es zeigt sich darin, dass der Zuhörer nachfragt, wenn ihm etwas nicht klar ist, aber nicht immer sofort, wenn er Zweifel hat, etwas wirklich verstanden zu haben, sondern erst wenn er realisiert, dass der Sprecher nicht spontan Erläuterungen anschließt.

Derjenige, der spricht, könnte theoretisch Schritt für Schritt der Logik folgen. Das ist kaum je der Fall, da im allgemeinen das, was er mitteilt, für ihn emotional bedeutsam ist. Dann soll

der aktiv Zuhörende hie und da darum bitten, einen Augenblick innezuhalten und das, was bisher gesagt wurde, zusammenzufassen, oder er fasst es selbst zusammen und fragt den Sprecher, ob er sich richtig verstanden fühlt. Um zu zeigen, dass er den Sprecher auch emotional versteht - denn das ist gemeint, wenn wir sagen, einer «verstehe den anderen» - kann es sinnvoll sein, hie und da den emotionalen Gehalt festzustellen: «Da warst du zornig!» oder «Ich höre heraus, dass dich das verletzt hat!», dies wenn der andere nicht ohnehin seine Gefühle mitteilt, sondern diese nur mitschwingen lässt, ohne sie in Worte zu fassen. Nachdem jemand mir gesagt hat, was für ihn bedeutsam war und auf eine Reaktion wartet, ist es allgemeinen besser zu sagen, was das Anhören in mir ausgelöst hat, als Ratschläge zu erteilen oder unvermittelt «Ja» oder «Nein» zu sagen.

3.3.3 Aufrichtigkeit

Wichtig sind gegenseitige Offenheit und Durchsichtigkeit.

Es ist wesentlich, dass der «Sender», insofern das Motiv einer Frage nicht eindeutig aus dem Inhalt des Gesagten oder aus dem weiteren Zusammenhang hervorgeht, sein Motiv nennt. Da im allgemeinen eine stimmige Antwort auf eine Frage nur möglich ist, wenn das Motiv der Frage bekannt ist, ist es dem «Empfänger» gestattet, nach diesem zu fragen, wenn es sich nicht von selbst versteht. Eine Frage mit ungeklärtem Motiv ist sehr häufig die Einladung zu einem unguten Spiel im Sinn der Transaktionsanalyse! («Hast du heute Abend etwas vor?», «Wie stehen Sie zum Kommunismus?»).

Zur Offenheit gehört, dass ich meine Bedürfnisse, Impulse und Gefühle freimütig äußere. Dabei muss ich allerdings in Betracht ziehen, dass ich den anderen, wenn er diese Art von Kommunikation noch nicht gewohnt oder in einer außerordentlichen Gemütsverfassung ist, damit überfordern kann, was nicht heißt, ich solle unaufrichtig sein.

3.3.4 Zu sich selber Stehen und Achtung vor dem anderen

Achtung vor sich selbst wie vor dem anderen Menschen als einer selbstverantwortlichen Persönlichkeit mit eigenen Bedürfnissen, Gefühlen und Gedankengängen ist Vorbedingung einer konstruktiven Kommunikation (Buber: «Das Wunder des Andersseins!»).

Daraus ergibt sich z.B. die Regel, «Ich-Aussagen» zu bevorzugen, z.B. «Ich bin nach einer so langen Reise müde!» statt «Man ist ... !», «Ich habe mich über das, was du gesagt hast, geärgert!» statt «Du hast mich geärgert!», «Für mich ist es zu spät, jetzt noch darüber zu diskutieren!» statt «Es ist zu spät ... !». Ebenso gehört dazu, bei anderen nicht bestimmte Bedürfnisse, Gefühle und Gedankengänge stillschweigend vorauszusetzen («Gedankenlesen») und ohne Nachfrage auf solche bloße Vermutungen zu reagieren. Das Verlangen gar, der andere habe bestimmte Bedürfnisse und Gefühle zu haben und bestimmte Gedankengänge zu vollziehen, ist eine Verabsolutierung eigener Bedürfnisse und Gefühle.

3.3.5 «Wachstum»

Das Bestreben, eigene Möglichkeiten zu entfalten und die Entfaltung der Möglichkeiten des Kommunikationspartners zu fördern, gehört zu einer konstruktiven Kommunikation

Ich versuche deshalb meine Ängste und Abwehrmaßnamen im sozialen Bereich zu erkennen und zu überwinden sowie mich auch einmal ganz anders zu verhalten, als in der

Herkunftsfamilie üblich oder als ich es sonst gewohnt bin. Dasselbe gestehe ich aber auch meinen Kommunikationspartnern zu.

3.3.6 «Unterscheidung von Tat und Täter»

Wichtig ist die Überzeugung, dass immer nur ein Verhalten kritisiert werden kann und nicht eine Person als solche.

Daraus ergibt sich die Regel, bei Kritik mich auch wirklich auf ein Verhalten zu beziehen (mit Ich-Aussage! s.o.) oder, wenn mein Verhalten kritisiert wird, dies nicht mit einer Abwertung meiner Person zu verwechseln, auch wenn die Formulierung der Kritik dies nahelegen sollte. Unter anderem ergibt sich daraus, wie sehr die Kunst konstruktiver Kommunikation mit einem gesunden Selbstwertgefühl einhergeht. Von Satir wird das besonders betont (Satir 1972). Nichts spricht dagegen, dass mit dem Kommunikationslernen ein Selbstwerttraining oder andere Verfahren mit demselben Ziel durchgeführt werden. Die Erfahrung ist wichtig, dass das Erlernen der Regeln konstruktiver Kommunikation an sich die Entwicklung eines gesunden Selbstwertgefühls fördert! Beziehungsfähigkeit und Selbstwertgefühl beeinflussen sich gegenseitig positiv.

3.3.7 Keine psychologischen «Deutungen»

Ich nehme meinen Gesprächspartners bei dem, was er sagt, ohne seine Aussagen durch Deutungen zu relativieren.

«Das sagst du jetzt nur, weil ... », «Genau, wie das dein Vater auch sagen würde!», «Das ist nichts als eine Projektion!» Nur bei einem nach gegenseitigem Übereinkommen beratenden oder therapeutischen Gespräch kann es wichtig sein, solche Zusammenhänge aufzudecken, allerdings auch dann nicht auf eine derart plumpe Art, sondern z.B. «Ich höre hinter dem, was Sie sagen ... Trifft dies zu?» oder «Ich kann mir vorstellen, dass Ihr Vater ähnliches gesagt hat!» oder «Sind Sie selbst auch schon richtig wütend geworden?».

3.3.8 Rückkoppelung («Feed back»)

Es hat sich in der Gruppe und bei Paaren bewährt, hier und da die Frage zu stellen, wie ich auf die anderen oder den Partner wirke.

Dabei ist mit Wirkendem nur beobachtbares Verhalten, einschließlich die Mimik und der Inhalt dessen, was sie sagen oder er sagt, gemeint. Diese Frage gilt für die gegenwärtige Situation und ist mit abhängig von der Stimmung des Empfängers.

3.3.9 Kein Ausweichen

Darauf verzichten, einer Stellungnahme auszuweichen, was bei aktiven Kommunikationspartnern zudem zu Eskalationen führen kann.

Es kann durch Anklagen, durch Vorwürfe ausgewichen werden; es kann durch Bezug auf die Vergangenheit, Rechtfertigung, Gegenangriff, beleidigtes Schweigen, Witzeln ausgewichen werden. Die Bitte um eine Bedenkpause ist kein Ausweichen.

3.3.10 Rituelle Redewendungen können hilfreich sein

Die Bereitschaft, rituelle Formeln anzuwenden, kann hilfreich sein,

z.B. «Ich melde dir jetzt meine Bedürfnisse und du sagst mir nachher die deinen!», «Ich möchte dir sagen, wie ich dich erlebe! Bist du jetzt dazu bereit, dir das anzuhören!» «Ich informiere dich jetzt einfach einmal darüber, was in mir vorgeht!», «Ich glaube, so kommen wir nicht weiter!» (zur Unterbrechung von psychologischen Spielen (↗Transaktionale Analyse, 6).

3.4 Zur Praxis der Kommunikationstherapie

Nach A. u. K.H. Mandel besteht das Ziel der Kommunikationstherapie bei Paaren, die sie beraten, darin, «so miteinander zu sprechen, dass eine optimale gegenseitige Bedürfnisbefriedigung möglich wird» (Mandel, A. u. K.H. 1971, S.124). Dabei werde gefühlsmäßig und meist unbewusst nicht in erster Linie darauf reagiert, *was* jemand sage («Sachebene»), sondern *wie* es gesagt werde («Beziehungsebene»). Beziehungsstörungen und Neurosen sind emotionale Störungen. Die Kommunikationstherapie besteht vor allem darin zu lehren, wie etwas gesagt sein muss, um die Beziehung zu fördern.

Ausgangspunkt therapeutischen Kommunkationslernens sind missglückte Kommunikationen entweder im Alltag, über den berichtet wird, oder «im Hier und Jetzt», sei es in der Einzeltherapie zwischen Patient und Therapeut, in der Paartherapie zwischen den beiden Partnern oder in der Gruppentherapie zwischen Gruppenteilnehmern. *Therapie missglückten Kommunizierens* ist *Therapie missglückter Beziehungen.*

Die geforderte Offenheit und Durchsichtigkeit in der Kommunikation ist nur möglich, wenn der Betreffende oder die Betreffenden Bedürfnisse und Gefühle nicht nur unbestimmt spüren, sondern auch formulierbar wahrnehmen. Lernen, seine Bedürfnisse und Gefühle so auszudrücken, dass sie ernstgenommen und in Berücksichtigung gezogen werden, ist eine der wichtigsten Ziele der Kommunikationstherapie. Es muss dies unter Anleitung hartnäckig in immer wieder neuen Versuchen gelernt werden. Die Patienten sind oft ganz überrascht, wie vom Tonband tönt, was sie gesagt haben, vielleicht herabsetzend, beleidigend, hochfahrend usw., ohne dass ihnen das im Geringsten bewusst gewesen wäre. Einsicht allein genügt nicht; nur konkretes Üben führt zu einer Wandlung. Wie bei jedem Verhaltenstraining sind kleine Schritte in der richtigen Richtung anzustreben und dürfen die Ziele nicht von einer therapeutischen Sitzung zur anderen zu hoch geschraubt werden.

Es gibt Kommunikationsbarrièren beim «Empfänger» von Mitteilungen. A. u. K.H. Mandel haben sich besonders mit Angstbarrièren beschäftigt: die Angst, eine (vermeintliche) Schwäche zu zeigen, die Angst vor Nähe, die Angst, eine Symbiose zu erschüttern, die Angst, dumm zu erscheinen, die Angst, sexuelle Wünsche zu äußern und zu realisieren, die Angst, wie ich von mir aus beifüge, dass der andere oder die anderen bei der Äußerung von Wünschen «Nein» sagen, was häufig als Abwertung der eigenen Person empfunden wird, u.a.m.

Neben der letzterwähnten Angst, besteht nach meiner Erfahrung häufig eine Hemmung, Bedürfnis und Wünsche zu äußern, weil angenommen wird, deren Mitteilung komme einer Forderung gleich. Wenn der Vater gesagt hat, er wünsche dies und jenes, dann musste dies erfüllt werden, sonst kam es zu Liebesverlust, ja vielleicht zu schmerzhaften Sanktionen.

«Ich wünsche» heißt in der Sprache dieser Klienten «Ich verlange das!» Das Umlernen fällt Klienten oder Patienten mit entsprechenden Kindheitserfahrungen schwer.

Ich pflege die Forderung abzuweisen, jemand wolle bei mir lernen, sich durchzusetzen. Statt dessen ist es meines Erachtens richtig zu sagen, jedermann müsse ihm wichtige Wünsche und Bedürfnisse mit Nachdruck vertreten lernen. Es kann nicht das Ziel sein, Wünsche durchzusetzen, denn zu einer konstruktiven Kommunikation und Beziehung gehört das Abwägen sich gegenseitig widersprechender Wünsche und eine Vereinbarung, welche den Vorrang haben oder wie vielleicht in einem Kompromiss beide, sei es gleichzeitig oder nacheinander, erfüllt werden können.

Ein weiterer wichtiger Punkt, den A. u. K.E. Mandel erwähnen, sind aggressive Äußerungen. Aggressionen werden, wie allgemein bekannt ist, weitgehend erlernt. Wenn aber andererseits gelernt wird, aggressive Äußerungen zu entschärfen, wird auch die damit verbundene aggressive Stimmung abgebaut. Nach meiner Erfahrung ist Aggressivität häufig eine Abwehr von Enttäuschung und Traurigkeit. Der Satz «Ich bin wütend, dass du jetzt erst kommst!» provoziert Rechtfertigungen («Der Wagen hat gestreikt!») oder Gegenangriffe («Vor einem halben Jahr bist du einmal eine halbe Stunde zu spät gekommen, ich wiederhole: eine halbe Stunde!»). Wenn aber gesagt wird: «Ich bin enttäuscht, dass du so spät kommst! Ich habe Angst gehabt, du kämest überhaupt nicht!», kann nicht anders als durch eine Gebärde der Zuwendung darauf reagiert werden.

Eine Äußerung kann auch als aggressiv empfunden werden, ohne von einem unbeteiligten Dritten aus gesehen aggressiv zu sein. Mucchelli führt den Teilnehmer einer therapeutischen Gruppe an, für den «Kommunikation» gleichbedeutend war mit «sich Aggressionen der anderen auszusetzen» (Muccielli 1974). Zum Kommunikationslernen gehört auch hier wieder die Aufarbeitung solcher Missverständnisse, die im allgemeinen mit Erfahrungen in der Herkunftsfamilie zusammenhängen.

Zum Kommunikationslernen gehört der *Verzicht* auf das bereits erwähnte «Gedankenlesen», der merkwürdigerweise oft schwerfällt. Es gibt auch einen *Anspruch* auf Gedankenlesen, der erst recht fallen gelassen werden sollte. Es gibt Gruppenübungen, bei denen die Teilnehmern dazu aufgefordert werden, nur vermutete Gedanken oder Gefühle beim anderen von *tatsächlich mitgeteilten Gefühle und Gedanken* unterscheiden zu lernen, was vielen Menschen schwerfällt.

Für das «Kommunikationslernen» eignen sich Gruppen ganz besonders!

Ich habe in diesem Kapitel darauf verzichtet auf Kommunikationsfolgen zu verweisen, die in der ⇗Transaktionalen Analyse als «psychologische Spiele» bezeichnet werden: Dabei wird nicht «mit offenen Karten» gespielt, im allgemeinen indem die Sachebene vorgeschützt wird, während das Motiv der Kommunikation auf der Beziehungsebene liegt. Bei einer Auseinandersetzung zur Frage, wer Recht hat oder wer begonnen hat oder wer schuld ist, läuft ein psychologisches Spiel zur Frage: «Wer ist der moralisch Bessere von uns zwei!». Dieser für die Kommunikationstherapie wichtige Begriff, wird ausführlich in meinen Ausführungen über das Psychotherapiemodell ⇗Transaktionale Analyse (6) behandelt.

4. Literaturempfehlungen

Ein systematischer und didaktisch durchdachter Leitfaden zum «Kommunikationslernen» und zur Kommunikationstherapie, der Praxis und Theorie gleichermaßen berücksichtigt, bildet das Buch von Anita Mandel u. Mitarbeitern *Einübung in Partnerschaft: durch Kommunikationstherapie und Verhaltenstherapie,* Pfeiffer, München (1971/[11]1990) und bieten die Regeln der Themenzentrierten Interaktion nach Ruth Cohn bei Hartmut Raguse, *Was ist themenzentrierte Interaktion*, Wege zum Menschen, Jg.14 (1982), S. 308-327, sowie bei Burkhardt Genser u. Mitarb. *Lernen in der Gruppe: Theorie und Praxis der themenzentrierten Interaktion*, Blickpunkt Hochschuldidaktik, H.25, Hamburg, 1972).

Abgesehen von den bereits erwähnten Autoren A. Mandel u. Mitarb. habe ich wertvolle Anregungen erhalten zu Kommunikationsfragen bei Paarberatung und Paartherapie durch Nena u, George O'Neill (1972), bei Familienberatung und Familientherapie durch Thomas Gordon (1970, 1976) und Virginia Satir (1972), in der Pädagogik und Erwachsenenbildung durch die bereits erwähnten Autoren zur Themenzentrierten Interaktion, schließlich ganz allgemein in Alltagssituationen, in denen Menschen miteinander zu tun haben, durch Friedemann Schulz v. Thun (1981/1989), durch Franz Zöchbauer u. Henk Hoekstra (1974/[2]1983); durch Virginia Satir u. Paula Englander-Golden (1990), durch Christian Weisbach. u. Ursula Dachs (1997).

Verwiesen sei noch auf die Kommunikationslehre der ⇗Transaktionalen Analyse (5).

GESTALTTHERAPIE

nach Fritz Perls

Was Gestalttherapie *wirklich* ist, kann nur *demonstriert* und nicht *erklärt* werden. Deshalb sind Beispiele in meinen Ausführungen entscheidend. Sicher erfüllt die Gestalttherapie, was ich in der Einleitung als «Psychotherapie» definiert habe: Anregung, Vermittlung oder Provokation verwandelnder Erlebnisse, aber ob sie auch die Forderung von J. H. Schultz erfüllt, «mit klarer Aufgabe, klarer Methode und sachlich abgestecktem Ziel» vorzugehen, ist, mindestens, was das Vorgehen ihres Begründers Fritz Perls anbetrifft, fraglich (Beispiele 3.1). Nachfolger von Perls, so in Europa Hilarion Petzold, versuchen auch diese Forderungen zu erfüllen, wobei sie die gestalttherapeutischen Techniken neben anderen einsetzen («Integrative Psychotherapie»).

1. Zusammenfassung

Ein Gestalttherapeut schafft Gelegenheiten, dass, wer sich ihm anvertraut, seine Selbsterkenntnis überprüft und verbessert. Es kann dies auf verschiedenen Wegen geschehen. Ein Weg besteht in der aufrichtigen Beantwortung gewisser Fragen:

«Was tust du jetzt?» – «Was fühlst du jetzt?» – «Was möchtest du jetzt?» – Die drei Frage können ergänzt werden durch die Fragen: «Was vermeidest du jetzt?» und «Was erwartest du jetzt?» Diese fünf Fragen reichen nach Perls als «Ausrüstung für den Therapeuten» völlig aus (Perls 1973, S.94). Die aufrichtige Beantwortung dieser Fragen führen mich zu mir selber. Sie erhellen meine innere Situation hier und jetzt.

Zum Beispiel:

«Was tust du jetzt?» – «Ich sitze auf einem Stuhl im Sprechzimmer, dir gegenüber! Ich sehe dich an. (*Besinnungspause*) Ich forsche nach, ob deine Miene Wohlwollen mir gegenüber ausdrückt. (*Besinnungspause*) Das ist mir sehr wichtig.» – Dem kann sich die Frage des Therapeuten anschließen, warum das wichtig ist. Dabei ist es nicht von Interesse, was für prägende Kindheitserlebnisse mitspielen, wenn ich vor einem Menschen sitze, dem ich Autorität zubillige wie seinerzeit meinen Eltern, sondern gestalttherapeutisch ist ausschließlich von Interesse, weshalb das *hier und jetzt* wichtig ist.

Oder:

«Was möchtest du jetzt?» – «Ich sollte berichten, wie es mir mit der ‹Hausaufgabe›, die ich mir auf deine Anregung hin vorgenommen habe, gegangen ist.» – Hier sagt der Therapeut sicher: «Was heißt ‹du sollst?› Die Frage lautet, was du möchtest!» und der Patient hat nun möglicherweise zu seinem eigenen Erstaunen große Mühe, herauszufinden, was er möchte, was eben jetzt sein Bedürfnis ist, während er gar keine Mühe hatte herauszufinden, was er sollte, obgleich er sich mit dem «sollte» einer fremden Instanz unterstellt.

Nicht nur die Beantwortung solcher Fragen können zu Entdeckungen führen, welche die Selbsterkenntnis fördern, sondern auch irgendwelche Veranstaltungen. Der Gestalttherapeut James Simkin forderte die Teilnehmer einer Gruppe in der ersten Sitzung auf, einen anderen Teilnehmer zu wählen, den er gerne näher kennen lernen würde und, wenn dieser einver-

standen ist, sollen sie *ohne Worte* versuchen, sich näher kennen zu lernen. Ein Vorschlag, auf ungewöhnliche Art gleich zu Beginn in näheren Kontakt zueinander zu kommen. Im Anschluss daran berichtet ein Teilnehmer, dass er großes Unbehagen, Widerwillen, ja Fluchtbedürfnis empfunden habe, wie die Teilnehmerin, die er näher kennen lernen wollte, ihn umdrehte, um ihn von allen Seiten betrachten zu können und ihn mit Gebärden zum Tanzen aufforderte. Er entdeckte bei Besinnung zu seinem Erstaunen, dass er in einer solchen Situation unbedingt selbst aktiv sein will und einen passiven Partner erwartet, vielleicht ganz besonders, wenn dieser eine Frau ist. Anderes bringt ihn aus der Fassung (frei nach Simkin 1976, S.16).

Ein Gestalttherapeut verhilft den Klienten nicht nur dazu, sich selber besser kennen zu lernen, sondern auch dazu, ein *unerledigtes Geschäft* abzuschließen. Ein «unerledigtes Geschäft» ist eine Situation in der Vergangenheit oder aus letzter Zeit, über die der Betreffende *nicht hinweggekommen ist* oder *nicht hinwegkommt*, eine Hemmung im Fluss des Lebens und in Bezug auf persönliches «Wachstum». So kommt z.B. ein Klient nicht darüber hinweg, dass seine Eltern sich scheiden gelassen haben; als er noch ein Kind war. Es war seine Mutter, die sich scheiden lassen wollte. Er ist wütend auf sie und möchte sie zur Rede stellen. Sie lebt aber nicht mehr. Der Therapeut stellt einen leeren Stuhl vor den Klienten und sagt: «Hier sitzt deine Mutter! Sag ihr, was du ihr zu sagen hast!» Und nachdem der Klient sie zur Rede gestellt und ihr Vorwürfe gemacht hat, zuerst zögernd, dann vom Therapeut aufgefordert, immer heftiger, sagt der Therapeut: «Nun sitz in den Stuhl und sei deine Mutter! Was entgegnet sie?» Und der Klient ist seine Mutter. Dann spielt er wieder sich selbst, dann wieder die Mutter. Ein fortlaufendes Gespräch zwischen dem Klienten als sich selbst und dem Klienten in der Rolle seiner Mutter. Es ist für diejenigen Beobachter, die ein solches Gespräch mit Stuhlwechsel noch nie erlebt haben, verblüffend – für einen unerfahrenen Leser dieser Zeilen kaum glaublich – wie echt ein Klient in der Rolle seiner Mutter wirkt, wie gut er sich in sie einfühlen kann. Es führt ein solches Gespräch fast immer zu einem «gegenseitigen» Verständnis und zur Bestätigung «Tout comprendre, c'est tout pardonner!».

Ich füge noch ein Drittes bei: Zur Gestalttherapie gehört auch die Anregung oder Ableitung, ohne jede Voreingenommenheit hier und jetzt *wahrzunehmen*, z.B. einen Vogel singen zu hören, ohne sogleich zu fragen, was das für ein Vogel ist, aber auch sich seiner eigenen Gefühle und Bedürfnisse bewusst zu werden, selbst wenn sie schmerzlich oder sonst unangenehm sein sollten, schließlich auch einen anderen Menschen so kennen zu lernen, wie er ist, und nicht so wahrzunehmen, wie ich ihn haben möchte.

Und schließlich noch ein Viertes: Die Forderung des Gestalttherapeuten nach einem *direkten Selbstausdruck*: *Nicht* die Frage «Hast du eigentlich das Buch von Guntersweiler, das kürzlich herauskam, gelesen?», *sondern* «Ich bin nicht mit dir einverstanden. Ich lernte aus dem kürzlich erschienen Buch von Guntersweiler, dass ... ». – *Nicht*: «Es passt mir nicht so recht, was du gesagt hast!», *sondern* «Ich bin nicht mit dir einverstanden.» Perls würde an der Frage das «es» beanstanden und das gleichsam entschuldigende «nicht so recht» statt einfach «nicht».

Für Perls wichtig: Bei seiner «Arbeit» mit Klienten keine psychologischen Analysen, keine psychologischen Deutungen, kein Rückgriff auf prägende Kindheitserlebnisse, sondern Konfrontationen hier und jetzt. Jedes Darüber-Sprechen ist nach Perls ein schwerwiegendes Hindernis auf dem Weg, zu mir, wie ich wirklich bin, und zum Kontakt mit der Realität, wie sie ist. Allerdings gelingt es auch Perls nicht, sich radikal an diese Forderungen zu halten. Er ist immer noch mehr Psychoanalytiker, als er zugibt – dies nicht zum Schaden seiner Klienten!

2. Frederick S. oder Fritz Perls, der Begründer der Gestalttherapie

Fritz Perls (1893-1970) wuchs in Berlin auf und studierte dort Medizin. Im ersten Weltkrieg als Arzt im Feld. Ausbildung zum Psychoanalytiker. Assistent beim Neurologen und Psychiater Kurt Goldstein, wobei er sich eine Vorstellung vom Menschen als einem «sich selbst regulierendem Organismus» bildet und mit der Gestaltpsychologie in Kontakt kommt. Bekanntschaft mit Wilhelm Reich, der sich besonders mit den körperlichen Begleiterscheinungen psychischer Prozesse beschäftigte (z,.B. «Charakterpanzer» als seelische und *zugleich* körperlich-muskuläre Erscheinung). Im Jahre 1933 als Jude Emigration nach Amterdam und 1934 nach Südafrika, wo er als angesehener Analytiker arbeiten konnte und das psychoanalytische Institut gründete. Er besuchte im Jahr darauf Sigmund Freud in Wien, um sich ihm persönlich vorzustellen. Dieser war durch seine Operationen wegen Krebs im Kiefer höchst unpässlich, verabschiedete sich von ihm nach einigen Minuten und gab ihm ein signiertes Porträt mit. Es wird überliefert, Perls sei so beleidigt gewesen, nicht mehr Aufmerksamkeit bei Freud als Begründer eines psychoanalytischen Institutes in Südafrika zu finden, das er sich von dann an von der Psychoanalyse abwandte und allmählich die Gestalttherapie begründete, wie wir sie heute kennen. Perls meinte, er habe die Gestalttherapie in Opposition zur Psychoanalyse begründet, was ihn übersehen ließ, wie sehr sie immer noch von psychoanalytischen Gedankengängen durchzogen ist. Im Jahre 1946 ging Perls in die Vereinigten Staaten, wo er ein unruhiges Lebens mit Niederlassungen in verschiedenen Städten führte, bis er 1964 seine Arbeit am Esalen Institut in Kalifornien aufnahm.

Anregungen von Seiten der Psychoanalyse lassen sich in der Gestalttherapie, wie erwähnt, nicht übersehen. Angeregt wurde Perls auch vom Psychodrama nach Moreno, das ihn ganz besonders faszinierte, war er doch als Student an der Schauspielkunst interessiert gewesen. Er lernte den Psychoanalytiker Wilhelm Reich kennen und dessen Überzeugung vom auch körperlichen Ausdruck von Neurosen («Charakterpanzer»). Er wurde beeinflusst vom Werk des Philosophen Salomon Friedlaender (1871-1946) über *Schöpferische Indifferenz*. Dem Werk habe ich entnommen, dass sich ein Problem sich immer in zwei Gegensätze oder Pole «entfalte», die es auszuhalten gelte, ohne der einen oder anderen Seite zu verfallen. Dann gelinge es, beide Seiten zu integrieren. Perls war auch beeindruckt von der Praxis des Zen-Buddhismus, den er 1960 persönlich in Japan kennen lernte. Der Zusammenhang mit der Gestaltpsychologie ist meines Erachtens für die Gestalttherapie als psychotherapeutisches Verfahren unwichtig, höchstens durch analoge terminologische Formulierungen belegt.

3. Beispiele

Es gibt ganz verschiedene «Stile» mit denen ein aufgeschlossener Therapeut, oft auch bei ein und demselben Patienten, arbeitet. Seine Intuition spielt bei der Wahl seiner Interventionen eine entscheidende Rolle. In der Zusammenfassung habe ich bereits bezeichnende Beispiele für gestalttherapeutische Verfahren angeführt.

3.1 Zwei Beispiele der «Arbeit» mit Fritz Perls

Ich habe Fritz Perls zweimal in einem Film gesehen, in dem eine «Patientin» dasselbe Problem hintereinander Albert Ellis als Vertreter der ⇗Kognitiven Therapie, Carl Rogers, dem Begründer der⇗Klientzentrierten Therapie, und Fritz Perls vorlegt. Was Perls sagte, half Gloria am meisten, obgleich er ausgesprochen sarkastisch und provokativ vorging (⇗Klientzentrierte Psychotherapie, 4.7). Es ist mir nicht gelungen, den Wortlaut des Dialoges im Film schriftlich zu erhalten, sonst hätte ich ein Beispiel von wirklich *therapeutischen* Interventionen von Perls in der Hand und könnte es hier wiedergeben. Denn die Dialoge (3.1.1 und 3.1.2), die ich im Folgenden wörtlich aus Büchern entnehme, können kaum als «Therapie» bezeichnet werden Sie gehen auf die «Arbeit» von Perls in Gruppen zurück. Eine Gruppe, meistens Angehörigen sozialer Berufe – nur wenige oder etwa dreißig – kommt einige Tage zusammen, um mit Perls zu «arbeiten». Wer will, meldet sich für einen improvisierten Dialog zwischen Perls und ihm. Der Interessierte kann ein Anliegen haben oder einfach von Perls Anstöße erwarten, um sich im Sinn der Gestalttherapie zu entwickeln und zu verwirklichen. Es geht um die Förderung von Selbsterkenntnis, Selbstverantwortlichkeit, offene und aufrichtige Kommunikation – immer konzentriert auf die unmittelbare Gegenwart, hier und jetzt. Den anwesenden Gruppenmitgliedern ist die Art, wie Perls «arbeitet», bereits bestens bekannt; es herrscht eine aufgeräumte Stimmung! Offensichtlich ist die charismatische Wirkung von Perls auf die Anwesenden.

Wir könnten vom «dialogischen Stil» der Gestalttherapie sprechen, wie ihn Perls bevorzugte. Ich verzichte auf einen Kommentar und lasse die Dialoge, so wie sie wörtlich auf einen Tonfilm aufgenommen worden sind, auf den Leser wirken. Es kommt mir hier in erster Linie darauf an, die Atmosphäre zu vermitteln, in welcher die «Arbeit» von Perls vor sich geht. Insofern diese Dialoge auf einen Leser unbefriedigend wirken mögen, muss er wissen, dass auch die (anderen) Standardverfahren 3.3 auf Perls zurückgehen, worunter Beispiele von Interventionen von Perls persönlich 3.3.3 u. 3.3.8.

3.1.1 Dialogische «Arbeit» von Perls zumThema «Ehe»

(Perls 1973, S.157-161, bis auf wenige stilistische Änderungen wörtlich)

Perls: «In vielen Fällen fordert unser Skript die Ehe. Und der Arger in der Ehe fängt an, wenn der Partner nicht in das Skript des anderen passt, mit anderen Worten, wenn jemand nicht den Partner liebt, sondern ein Bild des Partners, so wie der sein sollte. Nun ist es sehr selten, daß das Bild des Partners und der wirkliche Partner zusammenpassen. Da gibt es also Frustrationen und Schwierigkeiten, besonders wenn eine Person zum Perfektionismus verdammt ist. Dann sind die Schwierigkeiten unausweichlich. Der Fluch des Perfektionismus

ist das Schlimmste, was einen Menschen befallen kann. Wenn du erst einmal ein Perfektionist bist, dann hast du deine Meßlatte, mit der du stets dich und andere Leute erschlagen kannst, denn du forderst Unmögliches. Und wenn du erst einmal vom Partner Unmögliches verlangst, dann setzt der Groll ein - das Beschuldigungsspielchen, die Verärgerung und so weiter und so weiter. – Wir können also in unserem Ehespiel nicht viel mehr tun als einfach Spiele machen und irgendeine Basis finden, auf der die Leute miteinander umgehen können. Wir wollen mit dem gleichen Kommunikationssatz vorgehen, den wir gestern zum Thema Gewahr-Sein [awareness] angewandt haben. Mit anderen Worten: *ich und du.* »

Arbeit mit dem ersten Paar:

Fritz: So, du heißt? – Claire: Claire. – Don: Don. – Fritz: Claire, Don und ich möchten gerne, daß du abwechselnd dies tust: daß du dich in dich selbst zurückziehst mit dem Wort «ich» und daß du dann zu Don zurückkommst und «du» sagst. Geh dann wieder zurück. - ich und du. Und du tu dasselbe: Wechsle hin und her und schau, in welchem Grade eine einfache Kommunikation möglich ist. Woran wir selbstverständlich am stärksten interessiert sind, ist,
welche Kommunikation ihr vermeidet. Es gibt natürlich haufenweise Katastrophenerwartungen, so wenn ich dir erzähle, was ich wirklich über dich denke, wirst du mich nicht mögen, wirst du mich verlassen, oder wie die Katastrophenerwartungen auch immer aussehen mögen. – Claire: Eh, ich finde es schwierig, in mich hineinzugehen. – – –Ich will herausgehen zu dir und dir sagen, daß ich bei dir bin. – Fritz: Geh wieder zurück. – Claire: Ich gehe in mich hinein, und ich will auch ich selbst sein. (*lächelt*) – Fritz: Bist du dir bewußt, daß du voller guter Vorsätze steckst: ich will, ich will, ich will das. Du sagst uns nicht, was dir bewußt ist, sondern was du willst. Mit anderen Worten, du bist nicht im Jetzt, du sagst uns auch nicht, was du tust, sondern was du willst. Okay, Don! – Don: Em, ich bin wieder völlig in mir drin, und ich finde es leicht, in mich hineinzugehen, und eh, schwieriger, zu dir zu kommen. Und, eh, ich glaube, ich, ich war, mir war bewußt und ich erinnere es jetzt, daß ich, als ich hier saß und all die anderen Leute ansah, dich nicht angesehen habe. – Fritz: Das ist sehr einfach: Ein klares Vermeidungssymptom. Wenn du vermeidest, eine andere Person anzusehen, bedeutet das, daß du nicht offen bist. Du bist dran, Claire! – – Claire: Ich bin mir einer Spannung bewußt, in mir drinnen, einer Art von Klopfen – – einer irgendwie zitternden Erwartung. Ich bin mir deiner Ruhe bewußt. (*lächelt*) Eh, deiner Sicherheit, die darunter liegt. Ich bin mir meiner Unfähigkeit, mich auszudrücken, bewußt. Ich halte mich an meinen Daumen fest. Bin unsicher. – Fritz: Bist du dir deiner Stimme bewußt? – Claire: Leise. – Fritz: Kannst du mit Don über deine Stimme reden, und was du ihm mit deiner Stimme antust? - Claire: Gut, ich hoffe, sie ist nicht so leise, daß du dich, dich anstrengen mußt, um sie zu hören. – Fritz: Deine Hoffnung. Was tust du? – Claire: Ich rede weich, zögernd – – unsicher. – Fritz: Übrigens, diese leise Stimme ist immer ein Zeichen von versteckter Grausamkeit. Es ist eins der besten Mittel, Leute zu quälen. – Claire: Sie ist nicht immer so sanft (*lächelt*) – Fritz: Don! – Don: Ich bin mir bewußt, daß ich jetzt ruhiger bin. Und, eh, ich glaube, zum Teil, weil ich deine Unsicherheit fühle, und sie richtet eine Forderung an mich, der

ich hier und gegenwärtig bin. Eh, ich glaube, ich ver suche dir zu sagen – Fritz (*unterbrechgend*): Bist du dir bewußt, daß du immer sagst, «ich glaube», «ich versuche»?. Könntest du uns sagen, was dir bewußt ist? – Don (*seufzt*): Ich bin mir eines Gefühls bewußt, daß ich wie Beton werde. Ich setze mich irgendwie fest. – Fritz: Irgendwie? – Don: Als ob ich mich festsetze. Ich bewege mich auf die Starre zu. Alles ist still. – – (*Claire sieht auf Fritz*) – Fritz: Was willst du von mir? – Claire (*dreht sich wieder um zu Don*): Em, ich fühle – Fritz: (*unterbrechend*): Was willst du von mir? – Claire: Ja, ich wollte gerade anfangen, zu ihm zu reden, und, eh, ich glaube, ich habe das bei dir geprüft. – Fritz: Du hast dich meiner versichert. Claire: Nein, so habe ich es nicht gefühlt. – Fritz: Mmmmm? – Claire: Ich glaube, ich wollte Anleitung, daß ich das Richtige tat. – Fritz: Könntest du ihm dasselbe sagen? – Claire: Ich mag ihm nicht dasselbe sagen – daß ich auf ihn schaue, um Anleitung zu bekommen. Aber ich merke, daß meine Haltung das besagt hat. Ich wollte sagen, daß ich es übelgenommen habe, daß du starr geworden bist, als du fühltest, ich würde mich fürchten. Ich realisierte, dass ich meine Gefühle selbst in die Hand nehmen kann; und das machte mich ganz stark.

Fritz: Okay, nehmen wir Paar Nummer zwei. Ich möchte jetzt nicht tiefer gehen. Ich möchte nur den ersten Eindruck davon bekommen, wieviel Kommunikation da ist.

«Arbeit» mit einem weiteren Paar:

Fritz: Ihr heißt? – Russ: Russ. – Penny: Penny. (*Pause*) – Fritz: Also, noch einmal. Das Experiment ist so einfach. Es macht mir nichts, daß ihr ihm irgendwie starr gegenübersteht. Zuerst: «Was ist mir bewußt im Hinblick auf mich selbst» – «Was ist mir bewußt im Hinblick auf dich». Wenn das eine zu große Aufgabe ist, sagt es bitte, dann müssen wir uns mit eurer Schwierigkeit beschäftigen, eine so einfache Bitte zu begreifen. – Russ: Ich. bin mir bewußt, daß ich mich davor fürchte, was du gleich sagen wirst. – – Ich kann zuhören. – Fritz: Du bist dran, Penny! – Penny: Ich bin mir der Spannung in meiner Brust bewußt. Ich bin mir bewußt, daß du mich sehr intensiv anschaust, daß du mich anscheinend dahin bringen möchtest, daß ich den Anfang mache. (*lacht*) – Fritz: Bist du dir dessen bewußt oder ist es etwas, was du denkst? – Penny: Es ist das, was ich denke. – Russ: Ich bin mir bewußt, daß ich das möchte. Ich möchte, daß du mich in Gang bringst, und ich bin mir bewußt, daß ich – Fritz (*unterbrechend*): Bist du dir bewußt, was deine Hände tun? Jetzt versucht euch bitte an der schwierigsten Aufgabe. Bleibt bei dem Augenfälligen. Es ist augenfällig, daß du deine Hände so hältst. Es ist augenfällig, daß du mit dem Kopf nickst. Versucht an die schwierige Aufgabe der Einfachheit heranzukommen. – Russ: Ich bin mir bewußt, daß ich mich zu sehr plage. Ich versuche, mich zu entspannen und gleichzeitig weiterzumachen. – Fritz: Wie machst du dieses Versuchen und Dich-Plagen? – Russ: Mit meinen Händen und mein Körper ist starr – Ich bin starr. – Fritz (*auf Penny deutend*): Was wird dir bewusst? – Russ: Deine Hände sagen etwas, leise, sanft. Du lehnst dich zurück, weg von mir. – Fritz: Das ist jetzt das erstemal, daß er sieht, nicht? Jetzt geh wieder zu dir zurück. Was geschieht in diesem Zwischenraum? Probst du? – Russ: Ich glaube. – Fritz: Also erzähle ihr, wie du probst. – Russ: Ich möchte das Richtige sagen. Ich möchte das Richtige tun. Ich bin nicht sicher, die ganze Zeit, woran ich mit dir bin. Ich bin nicht sicher, ob ich dich wirklich höre, oder ob ich projiziere. – Fritz: Rede du, Penny. – Penny: Mir ist der Druck in meinem rechten Arm bewußt. Ich bin mir be-

wußt, daß ich mich von dir weg zurücklehne. Ich fühle, wie ich mich von dir wegziehe. Ich habe Angst, aufgesogen zu werden. – Fritz: Du bist dran, Russ. – – Russ: Ich möchte dich aufsaugen. – Fritz: Bist du dir dessen bewußt? Em, wieder ein schwieriger Augenblick. Wir neigen sehr stark zu diesem «Mindfucking». Reden, reden, reden! - Sag uns einfach deine Reaktion, was du wirklich fühlst. Du fühlst dich auf dem Stuhl sitzen, du fühlst dich mit dem Kopf nicken, also sei einfach. – Russ: Schön: Ich. fühle, daß ich einen starken Druck auf meinen rechten Arm ausübe. – Fritz: Das ist es! Siehst du, das glaube ich dir! – Russ: Ich halte midi mit dem linken zurück. – Fritz: Jetzt kommen wir zu einem kleinen Stück Realität. Offne jetzt wieder deine Augen. Was siehst du? Was hörst du? – Russ: Ich glaube, ich kann nicht den ganzen Weg aus mir herauskommen. – Fritz: Okay. Danke! – Das nächste Paar! – – Es ist nicht zu glauben, daß Leute, die zusammen leben, so wenig Kommunikation untereinander haben, wenn man erst einmal beim Klartext – bei der Realität angekommen ist.

3.1.2 Dialogische «Arbeit» von Perls an einem Traum
(Perls 1973, S.212-217 – siehe dazu 4.4)

Fritz: Wer möchte an einem Traum arbeiten? (*Madeleine kommt nach vorn - ein schönes schwarzhaariges französisches Mädchen*) Dieses Mal möchte ich, daß du wenn irgend möglich immer wieder zu deiner Erfahrung zurückkehrst: Jetzt gerade – was fühlst du jetzt gerade? – Madeleine: Ern. – Fritz: Du fühlst «em». Halte Augen und Ohren offen;. jeder Hinweis muß aufgenommen werden. – Madeleine: Ich habe das Gefühl, ich müsste meine Schuhe ausziehen. (*lacht*) Ich fühle das Bedürfnis, barfuß zu sein, wenn ich meinen Traum erzähle. – Fritz: Okay. – Madeleine: Em, den Traum habe ich, erlebte ich, als ich sehr jung, vielleicht acht Jahre alt war, und ich habe ihn auch kürzlich erlebt. Ich stehe an der Küste. Das Ufer ist irgendwie sandig und weich, und um mich herum ist Wald. Vor mir ist ein See, der rund ist. Da wo ich stehe, sehe ich nicht das andere Ende des Sees, aber der See ist sehr rund, das weiß ich, oder ich entdecke es später. Aber ich fühle, daß er sehr rund ist, sehr kreisförmig, und kein buchtenreiches Ufer hat. Es ist ein sehr sanfter See, und das Licht ist sehr schön. Sonne ist nicht da, aber der Himmel ist sehr hell. – Fritz: Ja. Ich möchte ein wenig an dem Traum arbeiten. Sei der See. Und, See, erzähle mir deine Geschichte. – Madeleine: Em, ich bin ein runder, runder See. Ich fühle mich irgendwie vollkommen, ein vollkommener See. Ich, mein Wasser ist sehr gut und fühlt sich weich an. – Fritz: Zu wem sprichst du? – Madeleine: Zu mir selbst. – Fritz: Gut, du kennst das dritte Gesetz in der Gestalttherapie. Tu den anderen an, was du dir selbst antust. Rede zu uns. – Madeleine: Em – Fritz: Du bist der See. – Madeleine: Ich bin der See. Ihr möchtet in mich hineinkommen, in meinen See, in diesen See, weil es sehr schön ist, und das Wasser sehr – Fritz: Das zweite Gesetz in der Gestalttherapie: Sag nicht «es», sage «ich» oder «du». – Madeleine: Em (*bewegt sich ein wenig*) – Fritz: Du merkst: Ich fange an, sehr dienstlich zu werden. – Madeleine: Ihr möchtet in mich hineinkommen. Ihr könnt leicht in mir schwimmen, und auf meinem Grund ist nichts Schlammiges. Mein Grund ist reiner Sand. Und wenn ihr in die Mitte von meinem See kommt, dann ist da eine Überraschung. Da ist etwas, von dem ihr nicht wisst. Es könnte euch erschrekken, vielleicht würdet ihr es auch sehr gern mögen, aber es gibt etwas in der Mitte von mir, in

dem See, das ist sehr seltsam, und ihr müsst schwimmen oder rudern, um es zu erreichen. Ihr seht es nicht vom Ufer aus, es lohnt sich also, dahin zu schwimmen, um es zu sehen. (*lacht*) – Fritz: «Es» zu sehen? – Madeleine: Mich zu sehen. (*lacht*) – Fritz: Sag das noch mal zur Gruppe. – Madeleine: Es lohnt sich, in mir zu schwimmen oder ein Boot zu nehmen, aber kein Motorboot. – Fritz: Wer ist «es»? «Es» lohnt sich. – Madeleine: Schwimmt oder nehmt ein Boot und seht, was in der Mitte des Sees ist, denn es ist eine Überraschung. – Fritz: «Es» ist eine Überraschung? – Madeleine: Eh, ich bin eine Überraschung. Vielleicht begreift ihr aber die Überraschung nicht. Es ist ein, ich habe in der Mitte von meinem See, ich habe eine Statue da. Es ist ein kleiner Junge, und er gießt Wasser aus. Wenn ich in den See gehe und komme, um das Wasser zu trinken, wache ich auf, also vielleicht – Fritz: Warte! Halt an! Schließ deine Augen! Träume weiter! Aufwachen ist nämlich ein schöner Trick, um die Lösung des Traumes zu blockieren. – Madeleine: Das – Fritz (*unterbrechend*): Du bist zu uns zurückgekommen. Hast du weitergeträumt? – Madeliene: Denselben Traum? Es dauerte lange, bis ich zu dem Traum kam. Ich sah das Licht in meinen Augen und fühlte mich, mich sehr geschäftig. – Fritz: Gestikuliere das! Mach weiter! – Madeleine: Sehr geschäftig. (*bewegt die Arme und lacht*) – Fritz: Tanze es. (*Sie vollführt einen Tanz vor allem mit Armbewegungen*) Gut. Lass uns jetzt die Geschichte der Figur, der Statue hören. Du bist jetzt die Statue. – Madeleine: Ich bin die Statue in der Mitte des Sees. – Fritz: Zu wem sprichst du? – Madeleine: Ich habe versucht, zu Helen zu sprechen. (*lacht*) Ich bin grau und sehe irgendwie, eh, ganz schön klassisch aus. Ich sehe aus wie die meisten kleinen Statuen von kleinen Jungen, die man überall sehen kann. Und ich halte ein Gefäß. Es ist eine Vase, die einen schmalen Hals und einen breiten Boden hat. Und ich halte sie, und ich gieße sie aus, obwohl ich im Wasser bin – ich gieße das Wasser in den See. Ich weiß nicht, wo dieses Wasser herkommt, aber es ist überaus rein, und es würde auch richtig wohl tun, wenn ihr es trinken würdet. Ihr würdet euch schon am ganzen Körper wohl fühlen, weil ihr das Wasser von dem See um euch hättet, in dessen Mitte ich sitze. Und das Wasser um euch herum ist richtig gut. Aber dann möchte ich wirklich, daß ihr das Wasser trinkt, das ich aus meinem Gefäß gebe, weil es euch auch innen ein wirklich gutes Gefühl gibt. Aber manchmal, ich weiß nicht warum, könnt ihr es nicht trinken; ihr kommt hin, um zu trinken - ihr seid ganz vergnügt und schwimmt, dann wollt ihr es trinken und dann könnt ihr es nicht trinken. Ich kann mich nicht zu euch hinunterbeugen. Ich kann nur mein Wasser weiter ausgießen und hoffen, dass ihr herkommen und es trinken könnt. – Fritz: Sag den letzten Satz noch mal zu uns! – Madeleine: Ich kann nicht hinunterkommen und euch das Wasser geben. Ich kann es nur weiter ausgießen und hoffen' daß ihr herkommen und es trinken könnt. Ich kann es nur weiter ausgießen. – Fritz: Okay. Spiel jetzt das Wasser. Erzähl uns. Du bist jetzt das Wasser. – Madeleine: In dem Gefäß? – Fritz: Ja, das Wasser in dem Gefäß. Wie ist dein Skript? Was hast du für eine Geschichte, Wasser? – – Madeleine: Ich weiß nicht viel über mich. – Noch. mal! – Madeleine: Ich weiß nicht viel über mich. – – – (*fängt an zu weinen*) Ich komme. Ich weiß nicht, wie ich komme, aber ich weiß, daß ich gut bin, das ist alles, was ich weiß. Ich hätte gerne, daß ihr mich trinkt, weil ich weiß, daß ich gut bin. Ich weiß nicht, woher ich komme ... ich bin in dieser großen Vase. Es ist eine schwarze Vase. – Fritz: Steh jetzt auf!

Sag es jedem von uns! Steh auf! Geh zu jedem von uns und sag es uns. Du bist das Wasser, – Madeleine (*schluchzend und schniefend*) Ich bin Wasser in einer Vase, und ich weiß nicht, woher ich komme. Aber ich weiß, daß ich gut zu trinken bin. Ich bin Wasser in einer Vase. – Fritz: Gebrauch jetzt deine eigenen Worte! – Madeleine: Ich sehe aus wie Wasser, und sie nennen mich Wasser, und ich bin nur hier in der Vase. Und es ist kein Loch in der Vase. Ich weiß nicht wo, niemand, ich bin die ganze Zeit da, ich fließe einfach heraus, und ich hätte gerne, daß ihr mich trinkt. – Fritz: Geh zum Nächsten. – Madeleine: Ich bin da und ich bin weiß und rein, und wenn du mich fragst, wo ich herkomme, kann ich es dir nicht sagen. Aber es ist ein Wunder, ich komme ständig heraus, nur damit du mich trinken kannst. Du musst aus dem anderen Wasser heraussteigen und herkommen. (*geht zur nächsten Person und schluchzt*) Ich bin in einer Vase, und ich weiß nicht, wo ich herkomme, aber ich komme dauernd heraus, und du musst mich trinken, jeden einzelnen Tropfen. – Fritz: Was tust du jetzt gerade mit dir? – Madeleine: Ich halte mich fest. – Fritz: Mach es mit mir. (*geht zu ihm und reibt seine Arme*) Okay. Setz dich! So, was erfährst du jetzt? – Madeleine: Ich habe das Gefühl, ich habe etwas entdeckt. – Fritz: Ja? Was? – Madeleine: Ich dachte immer, ich dachte von diesen Träumen, ich dachte immer, das Wasser in der Vase wäre der Geist, das Spirituelle. – Fritz: Mmhhmm. – Madeleine: Die Schönheit von, von Geburt und ... für mich ist das so ein Mysterium, die Schönheit des Lebens, und ich dachte, die Vase wäre ein Geheimnis, und ich wäre nicht hoch genug, um das Wasser zu trinken. Daher wachte ich auf. Als ich sehr klein war, quälte es mich nicht – ich hatte einfach Spaß am Schwimmen. Es störte mich nicht, daß ich das Wasser nicht trank, sondern aufwachte. Aber als ich älter wurde, wurde ich immer zorniger, daß ich das Wasser nicht trinken konnte. – Fritz: Gut. So weit will ich nur gehen. Du siehst: Keine Interpretation. Du weißt alles; du weißt viel mehr als ich, und meine ganze Interpretation würde dich nur irreführen. Es ist wieder nur eine Frage des Lernens, der Entdeckung deines wahren Selbst.

3.2 In einer Selbsterfahrungsgruppe erleben, was Selbstverantwortlichkeit ist (L.S.)

3.2.1 «Ich entscheide mich» statt «Ich muss»

Perls korrigiert seine Patienten, wenn Sie sagen «ich muss» statt «ich entscheide mich». Das regte mich zu einer «Übung» an in meinen Selbsterfahrungsgruppen. Ich lasse die Teilnehmer mindestens sechs Sätze aufschreiben, die mit «Ich muss ... » und einem Seufzer beginnen. Dann lasse ich sie paarweise zusammensitzen und sich die Sätze langsam vorlesen, während sie dem Partner in die Augen blicken, dann aber jeden vorgelesenen Satz wiederholen und statt «Ich muss» zu sagen «Ich entscheide mich». – So wurde z.B. vorgelesen: «Ich *muss* jeden Morgen um 6 Uhr aufstehen!» und daraufhin «Ich *entscheide* mich jeden Morgen um 6 Uhr aufzustehen!» – Oder:«Ich *muss* meiner Frau treu bleiben!» und daraufhin: «Ich *entscheide* mich, meiner Frau treu zu bleiben!».

Ich lasse im Anschluss daran mit dem Partner diskutieren, was der Unterscheid ist zwischen «Ich muss» und «Ich entscheide mich»: Entdeckung, was im banalen Alltag unter «Selbstverantwortung und Autonomie» zu verstehen ist. Es kann bei dieser Selbsterfah-

rungsübung ein Teilnehmer auch zur Schlussfolgerung gelangen, dass er sich anders entscheidet, um das «ich muss» aufzulösen.

3.2.2 «Ich will nicht» statt «Ich kann nicht»

Auch wieder angeregt durch Perls, der sagte, statt «ich kann nicht» solle gesagt werden: «Ich will nicht», lasse ich ein andermal die Teilnehmer einer Selbsterfahrungsgruppe Sätze aufschreiben mit «Ich kann ... nicht!», sich wieder paarweise zusammensetzen, die Sätze wie an der Übung zuvor vorlesen und jedesmal den Satz wiederholen und «Ich kann nicht» durch «Ich will nicht ersetzen». – Es wurde z.B. vorgelesen: «Ich *kann* nicht mit meinem Vater ohne Streit ein Gespräch führen!» und daraufhin: «Ich *will* nicht mit meinem Vater ohne Streit ein Gespräch führen!» – Oder: «Ich *kann* nicht Englisch lernen!» und daraufhin «Ich *will* nicht Englisch lernen!»

Wieder lasse ich im Anschluss daran diskutieren, was den Unterschied ausmacht zwischen «Ich kann nicht» und «Ich will nicht». Auch hier Entdeckung, was im banalen Alltag «Selbstverantwortung und Autonomie» heißt.

Es ist auch bei dieser «Übung» in Kauf zu nehmen, dass selten einmal die Nachsätze keinen Sinn machen, so z. B. «Ich kann nicht leben, ohne zu essen!». Ich pflege deshalb bei Anordnung der Übung mit diesem Beispiel darauf aufmerksam zu machen, dass keine physiologischen Bedürfnisse aufgegriffen werden sollen.

3.3 Beispiele für Standardverfahren der Gestalttherapie

Es gibt etwas wie «Standardverfahren» in der Gestalttherapie, die zum Teil auch von Vertretern anderer psychotherapeutischer Richtungen aufgegriffen worden sind. Festzuhalten ist aber, dass im Rahmen der Gestalttherapie intuitiv irgend ein Verfahren angewandt oder «erfunden» werden kann, wenn es nur Ziele der Gestalttherapie erfüllt wie die Anregung von wahrer Selbsterkenntnis oder die Auflösung eines «unerledigten Geschäftes» – beides hier und jetzt. Als dialogisches Verfahren kann auch das Verfahren, wie es Perls in Gruppen durchführte (3.1.1 u. 3.1.2), zu den Standardverfahren gerechnet werden.

3.3.1 Die grundlegenden Fragen

Ich habe bereits in der einleitenden Zusammenfassung die drei und zusätzlich noch zwei Fragen erwähnt, die nach Perls zur «Ausrüstung des Gestalttherapeuten» genügen. Petzold hat sie noch etwas prägnanter formuliert und zwei Fragen beigefügt, die mir ebenfalls wichtig scheinen, allerdings füge ich noch die Frage von Perls bei «Was tun Sie?»:

(1.) Was nehmen Sie jetzt wahr? (2.) Was tun Sie jetzt? (3.) Was wollen Sie jetzt? (4.) Wie hindern Sie sich daran, das zu erreichen, was Sie eben jetzt wollen? (5.) Was vermeiden Sie jetzt? (6.) Was fürchten Sie jetzt? (7.) Was erwarten Sie jetzt? (Petzold nach Rexelius u. Grubitzsch 1981, S.408).

3.3.2 Abschluss eines «unerledigten Geschäftes» durch Stuhlwechseldialog

Ein Patient klagt, dass er auch nach zwei Jahren noch nicht den Tod seines Vaters überwunden habe. Immer noch beschäftigt dieses Ereignis über weite Bereiche des Alltags seine

Gedanken und Gefühle, stört den Kontakt mit seiner Frau und seinen Kindern und ist Anlass einer dauernden Niedergeschlagenheit. Im Laufe der Gespräche mit dem Therapeuten schlägt dieser vor, dass der Patient im Rollenspiel dies seinem Vater direkt sagen soll. Der Therapeut stellt einen leeren Stuhl vor den Patienten hin und sagt: «Hier sitzt dein Vater. Was hast du ihr zu sagen?»

Patient (*langsam, mit Tränen kämpfend*): Ich glaube, es ist schlimm, wenn man seinen Vater verliert! – Therapeut: Du sagst «es» und «man», dabei findest *du* es schlimm, dass *du* deinen Vater früh verloren hast. Steh zu deiner Trauer! Zudem: Diktiere keinen Aufsatz über Vaterverlust, sondern sprich zu ihm. Stell' dir vor, sie sitze da vor dir in diesem leeren Stuhl! – Patient (*nach einer Pause zum Vater*): Ich bin traurig, dass ich dich verloren habe. Du warst ein großartiger Vater und nun habe ich dich verloren! – Therapeut: «Wechsle den Stuhl und sei dein Vater! Was sagt er dazu? – Patient als sein Vater: Du idealisierst mich. Das macht mir Unbehagen. Ich habe sicher auch Fehler gemacht! – Patient als sich selber (*nachdem er den Stuhl wieder gewechselt hat*): Was sollst du falsch gemacht haben? Ich kann mich nicht erinnern! – Patient als Vater (*nachdem er auf einen Wink des Therapeuten den Stuhl der Mutter eingenommen hat*): Ich habe dich zu wenig vor deiner Mutter, die sich wenig in Kinder einfühlen konnte und die Familie dominierte, in Schutz genommen! – Patient als er selber (*nach Stuhlwechsel – zuerst leiser, dann immer fester, zuletzt ungehalten*): Das trifft zu. Sie war oft unbeständig und hat mich herabgesetzt. Du hast nicht eingegriffen, wenn du dabei warst. Damals habe ich dich fast mehr gehasst als meine Mutter! – Patient als Vater: Das kann ich verstehen. Du warst enttäuscht! – Patient als sich selber (*laut und erregt*): Was heißt enttäuscht? Ich habe dich gehasst! In solchen Situationen habe ich mir oft einen anderen Vater gewünscht! – Patient als Vater: Nun bin ich verschwunden! – Patient als sich selber: Recht so! (*nach längerem Besinnen*): Aber nachher, wie die Mutter weg war, hast du mich jeweils in den Arm genommen. Auch du musst unter ihr gelitten haben! Warum hast du sie überhaupt geheiratet? – Patient als Vater: Erinnerst du dich an ihren Vater, deinen Großvater? Er war grob, jähzornig und ungerecht. Ich wollte sie von diesem erlösen. – Patient als sich selber: Hättest du sie nicht geheiratet, wäre ich nicht da und ich lebe heute gern! – Patient als Vater: Schön, dass ich das jetzt weiß! Jetzt finde ich Ruhe! – (*Der Patient steht langsam auf und geht wieder an seinen Platz in der Runde*) – Therapeut (*nach einer Weile, während deren die Gruppe geschwiegen hat*): Wie ist dir jetzt zumute? – Patient (*mit sicherer Stimme und den Therapeuten offen anblickend*): Ich freue mich auf meine Frau und meine Kinder zu Hause!

Der Vater war so, wie ihn der Patient erlebt hatte; was er von ihm wusste, aber nie reflektiert hatte. Der Hass des Sohnes vertrug sich nicht neben seiner Liebe, die ebenso echt war, wurde aber noch einmal vergegenwärtigt, das «unerledigte Geschäft» abgeschlossen».

Ein solches Gespräch geht selten Schlag auf Schlag vor sich, wie es beim Lesen scheinen mag, sondern oft langsam und bedächtig mit Besinnungspausen dazwischen. Zudem wurde es hier abgekürzt wiedergegeben. Dass einem Patienten, während er sich selbst in die andere Person versetzt, Zusammenhänge klar werden, die ihm vorher nicht bewusst waren, ist eine beeindruckende Erfahrung. – Das Verfahren bewährt sich nicht nur für die Erle-

digung «unerledigter Geschäfte» aus der Vergangenheit, sondern auch für Beziehungsschwierigkeiten in der Gegenwart. «Du hast Schwierigkeiten mit deinem Chef? Stell ihn dir in diesem Stuhl sitzend vor! Und nun sage ihm, was du ihm zu sagen hast!» .... «Und nun setze ich in den Stuhl vor dir und sei dein Chef, der antwortet!».

Es ist ganz erstaunlich, wie sich auch hier zeigt, wie gut sich der unzufriedene Angestellte in der Rolle des Chefs in diesen einzufühlen vermag, was beim Angestellten, den er vorher war, *blockiert*, also nicht bewusst war.

3.3.3 Auseinandersetzung mit funktionellen Beschwerden durch Stuhlwechseldialog

Der Transaktionsanalytiker Claude Steiner hat Perls mit einer Patientin arbeiten gesehen (Steiner 1967). Perls «behandelte» ihr immer wieder peinlich empfundenes Erröten. Er ließ die Patientin sich vorstellen, das Erröten sitze in einem leeren Stuhl vor ihr:

Patientin: Geh weg, du garstiges Ding! – (*Die Patientin wird aufgefordert, sich in den leeren Stuhl zu setzen und «das Erröten» zu spielen*) – Patientin als Erröten: Komm, komm: Ich weiß, du hast mich gern und du hast gern, wenn ich die Aufmerksamkeit auf dich ziehe! – Patientin (*wieder im eigenen Stuhl*): Ja, ich weiß, aber ich werde immer so verwirrt und hilflos, wenn du mich überkommst! – Patientin als Erröten: Das ist ja ganz gut so. Wenn du dich hilflos fühlst, kommt ganz sicher jemand, um dir beizustehen!

Auch ein funktionsgestörter oder schmerzender Körperteil kann nach Perls bei einem Monodrama in den leeren Stuhl gesetzt werden.

3.3.4 «Entdeckung» bei einem «gestalttherapeutischem Umgang»

Therapeut (*zu einem Teilnehmer einer neu zusammengekommen Gruppe*): Was willst du erreichen? – Patient: Mir ist nicht mehr zu helfen! – Therapeut: Sag das einmal der Reihe nach jedem hier im Raum! – Patient (*zögernd*): Was soll ich tun? – Therapeut: Geh hier im Kreis von einem zum anderen! Stelle dich vor jeden hin und sage, dass dir nicht mehr zu helfen ist. Weiter nichts! – Patient (*steht vor Robert, zögernd mit leiser Stimme*): Mir ist nicht zu helfen! – Therapeut: Sag's lauter! – Patient (*vor Margrit, mit festerer Stimme*): Mir ist nicht mehr zu helfen! – Therapeut: Es tönt so nicht glaubwürdig. Sag's überzeugender! – Patient (*bemüht sich überzeugender zu sprechen, langsam vor Ursina*): Mir ist wirklich nicht mehr zu helfen! – (*dem Therapeuten zugewandt*) – Soll ich immer weiter machen? – Therapeut: Geh herum und sag deinen Satz. Ein Ritual! – Patient (*vor Armin, mit fast etwas aggressiver Stimme*): Mir ist nicht zu helfen! (*Patient wirft einen kurzen Blick auf den Therapeuten, geht dann zu Theo*) Mir ist nicht zu helfen! (*plötzlich laut vor sich hin*) So ein Quatsch! Ich wäre ja nicht hierher gekommen, wenn ich nicht Hoffnung hätte, dass mir zu helfen ist! – (*Kehrt an seinen Platz zurück*) – Therapeut: Was willst du nun haben: Leiden oder Hilfe! – Patient: Hilfe! – Therapeut: Gut! Was willst du an dir verändern?

Hier handelt es sich um einen *gestalttherapeutischen Umgang.* Dabei soll meistens die Aussage eines Patienten verstärkt werden. In diesem Fall dient die Verstärkung dazu, sie als unangemessen erleben zu lassen.

3.3.5 «Entdeckung» durch «Umkehrtechnik»

Therapeut: Nun, Margrit, du hast dich gemeldet! Was willst du an dir verändern! – Margrit (*mit leiser Stimme*): Ich scheine hier fehl am Platz zu sein. Es scheint mir, das sind alles Ärzte und Psychologen! Da gehöre ich gar nicht hin! – Therapeut (*wiederholt ruhig*): Was möchtest du an dir verändern? – Margrit (*seufzend*): Ich leide daran, weniger zu können, weniger zu wissen, weniger zu sein als die anderen! – Therapeut: Wie möchtest du sein? - Margrit (*stockend, zögernd*): Sicher und selbstbewusst möchte ich sein. – – Keine Angst mehr vor anderen Leuten haben. – – Auftreten und mich behaupten können! – Therapeut (*langsam und eindringlich*): Stell dir einmal vor, du habest am Ende dieser Woche erreicht, was du möchtest. Du seiest sicher und selbstbewusst geworden und vergnügt noch dazu. Du verabschiedest dich in diesem Zustand von der Gruppe. Spiel das mal! – Margrit: Jetzt? – Therapeut: Gerade jetzt! – Margrit: Schauspielern? – Therapeut: Richtig! Schauspielern! – Margrit (*nach einer Besinnungspause, sich sichtlich aufraffend, mit veränderter entschlossener Miene sich erhebend, zuerst stockend und dann immer fließender*): Also, das war eine tolle Woche! Ich habe erreicht, was ich wollte. Ich bin selbstbewusst und selbstsicher geworden. Das habe ich Stephan (Therapeut) zu verdanken. Nun gehen wir auseinander. Ich als anderer Mensch. Ich habe mir nie vorgestellt, dass ich so werden könnte! (*Geht aufrecht und erhobenen Hauptes zur Türe und greift zur Falle. Die Gruppe applaudiert und lacht. Margrit bleibt verdutzt, halb zur Gruppe gewandt stehen und kehrt dann an ihren Platz zurück, wo sie sich aufrechter hinsetzt, als sie früher dort gesessen hat*). – Therapeut (*ruhig, wie beiläufig*): Den freundlichen Beifall hast du nicht mir zu verdanken, sondern dir! Du bist eine gute Schauspielerin! (*Dann wendet der Therapeut er sich einem anderen Teilnehmer zu. Offensichtlich will er jede Diskussion über die Szene vermeiden*).

Es handelt sich um eines der Verfahren, mittels deren ein Patient in einem *Rollenspiel*, eine ihm auch eigene Wesensseite, die er *blockiert* hat, erlebt und demonstriert. Da das Rollenspiel als solches, als «Schauspielerei», deklariert ist, wird es vom Betreffenden als unverbindlich empfunden. Es führt dies zur Ausschaltung eines Widerstandes und der Patient erlebt unvermittelt Seiten an sich, die ihm vorher völlig unbekannt waren, ja sogar derjenigen, die er sonst zeigt, entgegensetzt (Ich wurde dazu angeregt durch M. u. W. Holloway, 1973, die auf R. u. M. Goulding verweisen).

Nach einer Szene kann der Therapeut zum nächsten Teilnehmer übergehen oder er kann fragen, was in den übrigen Teilnehmer in der Gruppe während des «Experimentes» vorgegangen sei. Diese Erfahrungen einander mitzuteilen [sharing] ist typisch für eine Gestalttherapie in Gruppen, jedoch nicht immer angebracht wie in diesem Beispiel, da es Erlebnisse gibt, die sich gleichsam zuerst setzen müssen, um auf die Dauer wirksam zu sein und nicht sogleich «zerredet» werden sollen.

3.3.6 Psychodramatischer Abschluss eines «unerledigten Geschäftes»

Ursina: Ich habe meine Mutter verloren, als ich in Indien war. Ich habe erst Wochen später erfahren, dass sie gestorben ist, bin dann allerdings sofort zurück nach Hause geflogen. Für mich lebt sie immer noch. Ich glaube jeden Augenblick, sie tauche wieder auf. Es ist mir

zu einer fixen Idee geworden, dass sie wieder auftaucht. Ich bin sozusagen immer wartend. Die Zeit bleibt irgendwie für mich stehen. – Therapeut: Warst du traurig? – Ursina: Nein, eigentlich traurig war ich nie. Das kommt mir erst in den Sinn, wie du mich fragst. Unruhig bin ich, nervös, unstet! – Therapeut: Kannst du dir sie vorstellen wie sie da liegt im Sarg. Hier vor dir? Die tote Mutter. Wie soll sie ausgesehen haben, nachdem sie gestorben war? – Ursina: Friedlich, ganz friedlich, berichteten die anderen. – Therapeut: Gut! Friedlich liegt sie im Sarg. Du siehst sie an. Zum letzten Mal siehst du sie. Hast du ihr noch etwas zu sagen! – (*Ursina sinkt nach vorn und vergräbt ihr Gesicht in den Händen. Schluchzen schüttelt ihren Körper. Dann weint sie. Die Gruppe schweigt. Nach fünf Minuten erholt sich Ursina, allerdings noch schluchzend und blickt in Richtung, in welcher der Sarg mit der Mutter stehen soll*) – Therapeut: Willst du sie begraben? Sie kann ja nicht so bleiben! – Ursina: Begraben? – Therapeut (*mit einer entsprechenden Gebärde*): Hier hast du eine Schaufel! – (*Die Patientin steht langsam auf. Ein anderer Teilnehmer der Gruppe, der die Pantomime des Grablegens offensichtlich schon kennt, steht neben sie. Sie schaufeln ein Grab. Sie schließen den Sarg. Zwei weitere Teilnehmer treten herzu. Sie lassen den Sarg ins Grab. Sie schaufeln das Grab zu. Einen Augenblick stehen sie etwas hilflos da*). – Therapeut: Ihr müsst die Erde noch etwas festtreten. Es besteht ein kleiner Hügel. – (*Sie treten die Erde fest. Die anderen Teilnehmer gehen an Ihre Plätze. Die Patientin bleibt noch zögernd stehen*) – Therapeut: Fehlt noch etwas? – Ursina: Ja. Meine Mutter war gläubig. Ich glaube, sie würde sich freuen, wenn ich ein Gebet über ihrem Grab spreche! – Therapeut: Tu's, wenn du magst! – Patientin (*zum Therapeuten*): Sagen dann nicht die anderen, ich sei ein Heuchler? Ich bin nicht gläubig! – Therapeut: Tu's, wenn du es vor dir verantworten kannst! – (*Ursina bleibt eine kurze Zeit mit etwas gesenktem Kopf stehen und geht dann an seinen Platz. Die Gruppe schweigt. Ursina weint noch eine kurze Zeit leise, dann hebt sie den Kopf und sieht in die Runde. Der Therapeut wendet sich einem anderen Teilnehmer zu*).

Es handelt sich um ein *Psychodrama*, das auch in einer Psychodramagruppe hätte inszeniert werden können. Perls steht durchaus dazu, dass er viel bei Moreno, dem Begründer des Psychodramas, gelernt hat. Es kann auch hier von der Erledigung eines bis anhin «unerledigten Geschäftes» gesprochen werden.

3.3.7 «Der Körper spricht mit»

Eric Berne, der Begründer der Transaktionalen Analyse, ein Kenner auch der Gestaltpsychologie, berichtet über eine Patientin in einer seiner Gruppen (frei nach Berne 1972, p.365/S.413):

«Bridy wird in der Gruppe gefragt: ‹Wie geht es in deiner Ehe?› und antwortet großartig: ‹Meine Ehe? Ich lebe in einer guten Ehe» (*Wie sie dies sagt, fasst sie mit dem Daumen und Zeigefinger ihrer rechten Hand den Ehering an der linken, kreuzt gleichzeitig die Beine und schwingt ihren rechten Fuß leicht vor und zurück»*.) – Therapeut: Was sagen deine Beine? Vorher hattest du sie nebeneinandergestellt, jetzt hast du sie übereinander geschlagen! Was sagen deine Beine? – (*Bridy stellt die Beine nebeneinander, dann wieder übereinander und wiederholt diesen Wechsel mehrere Male*) – Bridy: Wie ein Rückzug auf mich selbst. Wie

etwas in Richtung Zusammenziehen, Sich-Verschließen! – Therapeut: Und was sagt dein wippender Fuß? – *(Bridy hört, darauf aufmerksam gemacht, sofort auf zu wippen)* – Therapeut: Hör nicht auf! Wippe weiter mit dem Fuß! – Stärker! – Noch stärker! – Richtig ausholend! – Und, was sagt dein Fuß? – Bridy: Es ist, wie wenn ich jemandem Fußtritte verabreichen würde! – Therapeut: So sehe ich es auch! – Und was sagt deine rechte Hand? Bleib dabei! Nicht aufhören! – Lass der Hand alle Freiheit! Sie darf tun, was sie will! – (*Bridy streift den Ring vom Finger*) – Therapeut: Was macht die Hand? – Bridy (*den Ehering vom Finger streifend)* Sie will nicht, dass ich mit einem Schuft verheiratet bin! (*in Tränen ausbrechend*) Ich habe genug davon, mit einem brutalen Alkoholiker verheiratet zu sein!

Es handelt sich darum, auf die «Sprache» des Körpers zu achten, um von bis anhin übersehenen, abgewehrten oder verleugneten Wesensseiten Kenntnis zu nehmen: *Unser Körper spricht!* Siehe dazu auch unten das nächste und letzte Beispiel!

Auch wenn sich keine Ausdrucksgebärden aufdrängen, kann bei einem Klienten, der vor einem Dilemma steht, gefragt werden: «Was sagt deine linke Hand zu deiner rechten Hand?», um aus dem Gespräch zwischen den zwei Händen zwei Alternativen und/oder Wesensseiten sich auseinandersetzen zu lassen. *Lassen wir unseren Körper sprechen!.*

3.3.8 «Lass deinen Körper sprechen!»
(frei nach Perls 1973, S.86 ff).

Ein Patient mit lästigen chronischen Kopfschmerzen stellt sich vor. Perls ersucht ihn, bei seinem Kopfschmerz zu bleiben, sich darauf zu konzentrieren. Sagt der Patient abwehrend: «Das ist doch alles Unsinn!», korrigiert ihn Perls: «Zu was Sie mich da auffordern, ist Unsinn!», denn *Das* ist doch alles Unsinn, ist unpersönlich. Was mit dem «Das» gemeint ist, ist doch die Aufforderung von Perls. Und wenn der Patient nur schon lernt, statt «Das» oder «Es» zu sagen, aufrichtig zu sagen, was er damit meint, hat er bereits Fortschritte gemacht. Nur dann bekennt er sich aufrichtig zu seiner Skepsis und seinem Misstrauen gegenüber den Versuchen von Perls persönlich, mit ihm zu arbeiten. Wenn er doch bei seinem Schmerz bleibt, regt ihn Perls an, seine Kopfmuskeln zu spannen und der Schmerz wird stärker und wenn er entspannt, wird er milder. So erfährt der Patient, dass er einen gewissen Einfluss hat auf die Schmerzen.

«Wie ist Ihnen zu Mute?» – «Eine Mimik wie beim Weinen!» – «Möchten Sie gerne weinen?» – und der Patient bricht in Tränen aus. Er hat Weinen durch Kopfschmerz blockiert und die Blockierung ist gelöst. Der Weg ist nun frei, um den Grund zu suchen, der zum Weinen ist. Wohl ein «unerledigtes Geschäft» aus der Vergangenheit, das nun offen liegt.

4. Weitere Ausführungen zur Gestalttherapie

4.1 Die drei «offiziellen» Schwerpunkte der Gestalttherapie, denen ich einen vierten beigefüge

4.1.1 Selbstverantwortung und Autonomie

Nach Perls ist derjenige reif, der den Mut hat, die Verantwortung für sein Leben zu übernehmen. Er ist wirklich erwachsen und kein bedürftiges und abhängiges Kind mehr, ein Kind, das geliebt werden will und Angst hat, zurückgewiesen zu werden. Er ist allein und verzichtet darauf, seine Mitwelt zu manipulieren, damit sie ihm hilft, für ihn entscheidet und handelt wie seinerzeit die Eltern Wer autonom ist kann nach Perls seine eigenen Bedürfnisse klar wahrnehmen, nennen und sich zu ihnen bekennen. Wer das erreicht hat, hat «den wichtigsten Schritt in der Therapie getan» (Perls 1973, S.131f). Nun wird er auch lernen, wie er sie befriedigen kann. Wer autonom ist, hat auch ein von der Mitwelt unabhängiges Selbstwertgefühl.

Ein Therapeut soll bei seinen Patienten kein Wort und kein Verhalten durchlassen, dass einen Mangel an Selbstverantwortung bekundet, kein «es» und kein «man» statt «ich», kein «ich kann nicht» statt «ich will nicht», kein «ich muss» statt «ich entscheide mich», kein «ich habe nötig» statt «ich möchte gern».

Die Erlangung von Autonomie und Selbstverantwortlichkeit kann auch wie eine plötzliche «Bekehrung», eintreffen, meist nach einem Zustand qualvoller Blockierung. Perls spricht von einem «Minisatori» (Satori = Erleuchtungserlebnis bei erfolgreichen Zen-Meditationen). Die Erleuchtung ist aber immer auch ein Verzicht. Dieser ist es, der als Widerstand überwunden werden muss. Auf diesen Widerstand spielt die Paraphrase auf die Kennzeichnung des Tors zur Hölle bei Dante an: «Über dem Tor zur Autonomie steht: ‹Lass alle Hoffnung fahren!›» (Bert Hellinger).

Wer über seine Bedürfnisse, Gefühle und Gedanken spricht, kann durch den Therapeuten angeleitet werden, immer beizufügen «und ich stehe dazu». Ich kannte einen Gestalttherapeuten, der seinen Patienten, wenn sie, wie ausgemacht zur Sprechstunde erschienen, jedesmal betont sagte: «Du hast dich also entschieden, wieder zu kommen!»

4.1.2 Bewusstheit, Gewahr-Sein, Aufgeschlossenheit [Awareness]

«to be aware of ... » heißt «wahrnehmen», «realisieren», «sich bewusst sein, dass ... ». «Awareness» heißt in der Umgangssprache «Aufgeschlossenheit», wird aber in der Psychologie im allgemeinen mit «Bewusstheit» übersetzt, oft auch mit «Gewahr-Sein». Es ist ein Anliegen der Gestalttherapie, dass wir unserer selbst, «gewahr werden», wie wir wirklich sind, und dass wir der Welt oder Realität «gewahr werden», wie sie wirklich ist. Vorurteile, Wunschdenken, Katastrophenerwartungen, intellektuelle Konstruktionen können uns daran hindern. Erving und Miriam Polster machen darauf aufmerksam, dass Vorerfahrungen bestimmen, wie wir die Welt sehen. Das ganze Leben sei «eine Variation dessen, was er [der Mensch] schon erfahren hat; so ist er mit einem Puffer gegen alles Neue versehen» (Polster

1973, S.82). Sie sprechen damit an, was heute als «dysfunktionelle Schemata» bezeichnet wird (⇗Schematherapie).

Ich finde «Aufgeschlossenheit» die beste Übersetzung für «awareness» auch im Rahmen der Gestalttherapie. Unmittelbares, ungetrübtes Gewahr-Sein bedeutet in der Gestalttherapie Aufgeschlossenheit gegenüber dem, was Perls «organismischen Selbstregulierung» nennt, «und man kann dem Organismus die Herrschaft überlassen, ohne dazwischen zu treten, ohne zu unterbrechen: Wir können uns auf die Weisheit des Organismus verlassen» (Perls 1969, S.25f). Das «Verlassen auf den Organismus», wie es Perls versteht, ermöglicht meines Erachtens eine konstruktive und produktive Spontaneität.

4.1.3 Hier und Jetzt

Der Ausdruck «Hier und Jetzt» hat in der Gestalttherapie im Umgang mit den Klienten eine ganz besondere Bedeutung. Die Klienten sollen sich «hier und jetzt» mit sich und ihrer Umgebung, auch mit ihrer Vergangenheit und ihrer Zukunft auseinandersetzen, denn Vergangenheit und Zukunft brauchen durch das Prinzip des «Hier und Jetzt» nicht ausgeklammert zu werden, aber es geht dabei immer um Vergangenheit und Zukunft, *wie wir sie jetzt erleben*. Es ist ja bekannt, dass wir im Blick auf die Vergangenheit eine Auswahl treffen, die durch das bestimmt wird, was *jetzt* ist. Und so verhält es sich auch in Bezug auf die Zukunft. «Es gibt nur Hier und Jetzt!» Wer echt erlebt, erlebt bewusst hier und jetzt.

Manchmal forderte Perls jemanden, der sich bei ihm «auf den heißen Stuhl» gesetzt hatte, auf: «In jedem Satz, den du sagst, soll das Wort ‹jetzt› vorkommen!».

4.1.4 «Selbstausdruck»

Zur Gestalttherapie gehört auch eine «Erziehung» zu einem direkten «Selbstausdruck», was ich hier von mir aus den drei «offiziellen» Schwerpunkten beifüge. Alles Wendungen, hinter denen sich der Kommunizierende als Person verbirgt, sind zu unterlassen, also echte Aufrichtigkeit. Ich wiederhole das Beispiel aus der Zusammenfassung: *Nicht*: «Es passt mir nicht so recht, was du gesagt hast!», *sondern* «Ich bin nicht mit dir einverstanden.». Jedesmal wird von Perls beanstandet, wenn von «es» gesprochen wird. «Es» ist das für ihn eine Projektion seiner selbst in eine unverbindliche Instanz, was allerdings nicht bei jedem «es» zutrifft («Es regnet!»). Perls beanstandet auch abschwächende Wendungen als Ausdruck einer Relativierung der Aufrichtigkeit, Wendungen wie «nicht so recht», «vielleicht», «etwas», «es könnte sein», «ein bisschen» usw.

Perls beanstandet «soll» oder «sollte» als unverbindlich wertend. Nehmen wir an, jemand sage: «Ich sollte jetzt eigentlich einkaufen». Nach Perls meint eine solche Aussage: «Ich will jetzt nicht einkaufen!», unter Vermeidung eine negativen Ausdrucks vielleicht noch treffender: «Ich bleibe zu Hause!», aber mit «ich sollte eigentlich ... » steht er nicht dazu.

Es geht Perls nicht etwa nur um den Gebrauch von Worten, wie auch bei den vorangegangenen Beispielen nicht, sondern im Grund genommen um die Haltung, die sich durch sie ausdrückt. (Hier würde Perls zu meinem Satz fragen: «Warum ‹im Grunde genommen›? Etwas wie eine Entschuldigung?) Wer «sollte» sagt, unterstelle sich einer wertenden Instanz.

Was ist das für eine Instanz? Die Frage ist doch nur, ob ich jetzt gehe oder nicht. Was ist meine Entscheidung? Und was verstecke ich hinter dem Ausdruck «eigentlich»?

Perls ist mit seinen Kommunikationsregeln ausgesprochen «fundamentalistisch». Manchmal geht das sogar einem seiner «Jünger» zu weit. So wird er von einem Gruppenmitglied angegriffen. Dieses sagte in einer Pause: «Hast du ein Streichholz?». Ich nehme an, mit einer Zigarette in der Hand. Statt ein «ja» oder «nein» habe er sich einen «verdammten Vortrag» anhören müssen, «Gestaltunsinn», jeder wisse doch, dass diese Frage heiße: «Ich möchte ein Streichholz». Für Perls gilt aber in einem solchen Fall: «Keine Frage, sondern sagen, was du willst!» und darüber hat er dem Gruppenmitglied auf seine Frage hin einen Vortrag gehalten, bevor er mit dem Streichholz herausrückte (Perls 1969, S.244f). Meines Erachtens ist «Fundamentalismus» an einer Lehrveranstaltung didaktisch nicht schlecht (Hier würde Perls mich fragen: «Wieso sagst du statt ‹nicht schlecht› nicht kurz und bündig ‹gut›? Hast du Angst auf einem einfachen ‹gut› behaftet zu werden? Überdies: Immer besser positiv statt negativ». Ich würde als Mitglied einer seiner Gruppen wohl nicht wagen, ihn auf Feinheiten in der Ausdrucksbedeutung gewisser Wendungen aufmerksam zu machen)

«Neurotische Mechanismen», über die ich unten referiere, beziehen sich zum Teil auch auf den «Selbstausdruck».

4.2 «Neurotische Mechanismen»

(Perls 1973, S.43-61)

Neurotische Mechanismen verhindern, dass ich mich selber bin und autonom und selbstverantwortlich meine Bedürfnisse wahrnehme und in Einklang mit der Um- und Mitwelt befriedige oder aber mich bewusst entscheide, ihre Befriedigung hintanzustellen:

Unter *Introjektion ohne Assimilation* ist die Übernahme von Regeln, Einstellungen, Handlungen und Denkweisen zu verstehen, die ich *ungeprüft und ohne mich dazu bewusst entschieden zu haben*, von außen übernommen habe. Wenn Perls von «Introjekten» spricht, sind es, Gegebenheiten, die der Betreffende sich selbst und anderen gegenüber vertritt, sich aber gar nicht mit bewusster Überprüfung und Entscheidung zu eigen gemacht hat.

Unter *Projektion* versteht Perls dreierlei: In der ersten Bedeutung versteht er unter «Projektion» die Beanstandung verdrängter eigener Wesensseiten *bei anderen*, wie es dem tiefenpsychologischen Projektionsbegriff entspricht. Wenn jemand, der mit Perl arbeitet, beanstandet, wie andere sind oder was andere tun, hat Perls zuerst einmal den Verdacht auf Projektionen und fordert den Betreffenden auf, im Rollenspiel eben gerade so zu sein wie die Beanstandeten, um zu prüfen, ob er nicht selbst so ist. – Von «Projektion» spricht Perls auch bei Aussagen wie «*Es* ärgert mich!» oder «*Er* ärgert mich»statt selbstverantwortlich «*Ich* ärgere mich über ... ». – Ist jemand ungeschickt und sagt: «Ich habe offensichtlich zwei linke Hände‹», projiziert er seine Ungeschicklichkeit in seine Hände, statt sie sich selber zuzuschreiben. – Perls spricht schließlich auch bei seiner Annahme, dass alle Gegebenheiten in einem Traum Eigenheiten des Träumers wiederspiegeln, von Projektionen. Ich denke mir, dass dabei doch wohl nicht von einem neurotischen Mechanismus gesprochen werden kann. (siehe Beispiel 3.1.2; siehe 4.4).

Konfluenz hat bei Perls ebenfalls verschiedene Bedeutungen: zuerst einmal mangelnde Abgegrenztheit gegen die Umwelt, so wenn jemand «man» oder «wir» sagt, statt «ich». – Von «Konfluenz» spricht Perls aber auch, wenn die Eigenständigkeit anderer nicht toleriert wird, so wenn Eltern nicht akzeptieren, dass Kinder anders sind, als sie sind, aber auch wenn Vertreter von Staaten, z.B. im Rahmen der Vereinigten Nationen, nicht tolerieren, dass andere Völker anders sind. Ich denke von mir aus dabei an ein aktuelles Beispiel: wenn der Präsident der Vereinigten Staaten glaubt, die Bürger jedes nahöstlichen oder exotischen Staates, dem eine Demokratie nach westlichem Verständnis aufgezwungen wird, müssten begeistert sein. – Die Bezeichnung «Konfluenz» benützt Perls schließlich auch, wenn jemand Tränen unterdrückt, davon Spannungskopfschmerzen bekommt und dies, ohne dass es ihm bewusst ist, zu einer Gewohnheit wird (siehe Beispiel 3.3.7) und bei entsprechenden anderen psychosomatischen Symptomen.

Auch *Retroflexion* hat bei Perls ebenfalls verschiedene Bedeutungen: Er spricht von «Retroflexion», wenn jemand unbewusst sich antut, was er einem anderen antun möchte, z.B. Aggressionen. Es entspricht dies dem psychoanalytischen Abwehrmechanismus der «Wendung gegen die eigene Person». Wie jemand bei der Arbeit mit Perls während eines neutralen Berichtes immer mit der Faust der einen Hand auf die Fläche der anderen schlägt, vermutet Perls eine Retroflexion und fragt: «Wen möchtest du schlagen?». Perls bemerkt dazu, dass es ein Missverständnis wäre, daraus zu schließen, dass aggressive Neigungen gegen andere immer ausagiert werden müssten. Aber wenn ich solche zurückhalte, was durchaus sinnvoll sein kann, dann aus bewusster Entscheidung was keine Reflexion zur Folge hat. – Perls zählt auch zur Retroflektion, wenn jemand sagt: «*Ich* muss *mich* zu dieser Arbeit zwingen!», wie wenn er aus zwei Persönlichkeiten bestehen würde. Er hat sich nicht bewusst dazu entschieden, was er sinnvoll findet, auch wenn es lästig oder selbst schmerzhaft sein sollte.

Das Ehepaar Polster spricht zusätzlich von *Deflexion* und versteht darunter ein Verfahren, «sich dem direkten Kontakt mit anderen Menschen zu entziehen», z.B. durch Weitschweifigkeit, durch übertriebene Ausdrucksweise, dadurch, dass man stets in scherzhaftem Ton spricht, dass man den Gesprächspartner nicht direkt ansieht, dass man nie zur Sache kommt» u.a. (Polster 1973, S.93 f). Ich würde zusammenfassend sagen: Wenn jemand so mit mir spricht, dass ich mich nicht persönlich angesprochen fühle. Einer Patientin, bei der das der Fall war, sagte Polster: «Und jetzt mache einige Aussagen, die mit ‹du› beginnen!». Sofort kam es zu einem persönlichen Kontakt.

4.3 Auslegung von Träumen in der Gestalttherapie

Traumerlebnisse werden mit der Annahme bearbeitet, dass jedes Traumelement ein solches der Patienten sei, auch wenn er es abgespalten haben sollte: «Erzähle den Traum, wie wenn jetzt in der Gegenwart ablaufen würde. Was hast du heute Nacht erlebt? – Und nun sei die Treppe im Traum! Wie hat sie das alles erlebt? – Sei jetzt die Ratte! – Und jetzt die Angst, die dich ergriff! ... » usw. (s. Beispiel 3.1.2 – s. das Stichwort *Traum* in Schlegel 1993b!).

5. Literaturempfehlung

Von Ervin und Miriam Polster *Gestalt Therapy Integrated: Contours of Theory & Oractice*, Brunner/Mazel, New York, 1973; deutsch als Taschenbuch *Gestalttherapie*, Kindler, München, 1973 (300 Seiten). Das instruktivste Buch von Fritz Perls selbst hat den Titel *The Gestalt Approach & Eye Witbness to Therapy*, Science and Behavior Books, Palo Alto (CA, USA), 1973; deutsch: *Grundlagen der Gestalt-Therapie: Einführung und Sitzungsprotokolle*, Pfeiffer, München, 1976 (230 Seiten). Ganz an der Praxis orientiert ist das Buch von Claudio Naranjo *The Techniques of Gestalt Therapy*, SAT-Press, Berkeley, 1973; deutsch: *Techniken der Gestalttherapie*, ISKO-Press, Hamburg, 1978 (85 Seiten) und vom selben Autor *Gestalt: Präsenz, Gewahrsein, Verantwortung,* Arbor, Freiamt, 1993, S.25-192 (im zweiten Teil *Gestalttherapie in neuer Sicht*, d.h. unter transpersonalem Aspekt und verbunden mit Meditation).

SYSTEMBEZOGENE BETRACHTUNGSWEISE UND SYSTEMISCHE FAMILIENTHERAPIE

Atome, Moleküle, Zellverbände, Organismen, wirtschaftliche Einheiten, ökologische Zusammenhänge, aber auch menschliche Gemeinschaften, letztlich «die Natur» sind als Systeme Ganzheiten, in denen die Mit-Glieder unter wechselseitigem Einfluss stehen. Die verschiedenen Systeme nebeneinander oder übereinander beeinflussen sich ebenfalls wechselseitig. Die besondere Entdeckung von v. Bertalanffy (1956) besteht in der Feststellung, dass ihnen als Systemen gewisse Regeln gemeinsam sind.

Lebende und erst recht soziale Systeme sind hinsichtlich ihrer Regeln allerdings eine Besonderheit. Immerhin weiß seit jeher jeder Lehrer, dass seine Schulklassen je einen eigenen Charakter haben, also «Ganzheiten» darstellen, bei denen die Einflüsse der einzelnen Schüler aufeinander bedeutsam sind. Die gezielte systembezogene Betrachtungsweise in der Psychotherapie ist aber verhältnismäßig neu.

1. Zusammenfassung

Die *systembezogene Betrachtungsweise* in der Psychotherapie berücksichtigt, daß jeder Mensch, der mit anderen zusammenlebt, in Beziehungsnetze eingeordnet ist. Jedes Mitglied des Systems steht unter dem direkten oder indirekten Einfluss der anderen Mitglieder und beeinflusst diese auch seinerseits. Jedes lebende System, z.B. ein Paar oder eine Familie oder eine Schulklasse, ist, wenn es wirklich lebendig funktioniert, eine sich ständig wandelnde Ganzheit. Zudem sind an einem Paar oder an einer Familie beteiligte Menschen häufig zugleich Mitglieder mehrerer Systeme, z.B. am Arbeitsplatz in einer Firma oder in der Schule. Ein System, das Paar oder die Familie, ist übrigens auch als Subsystem Mitglied eines übergeordneten Systems, z.B. der Gesellschaft, so aber auch die Eltern oder die Geschwister innerhalb eines Familiensystems.

Ein System, wie ein Paar oder eine Familie, aber auch das einzelne Mitglied eines solchen Systems können also nur «künstlich» isoliert betrachtet werden und dann alles andere von außerhalb Einwirkende als «Umwelt». Der Psychotherapeut bildet übrigens mit dem oder den Klienten oder Patienten auch wieder ein System, in das er miteingeschlossen ist. Auch er ist nur immer «künstlich» als neutraler «außersystemische» Beobachter zu sehen. Im Grunde genommen beeinflusst er das Therapeut-Klient-System oder Therapeut-Familien-System gleichsam «von innen».

Bei einer *systembezogene Therapie* sieht der Therapeut den Patienten, wegen dessen er aufgesucht worden ist, von vornherein als Mitglied eines, allerdings dynamisch meist festgefahrenen Beziehungsnetzes, das er als solches therapeutisch zu beeinflussen versucht. Musterbeispiel war und ist die Therapie mit einer Familie mit allen ihren konkret anwesenden Mit-Gliedern, die *systemische Familientherapie.* Eine solche Situation gestattet dem Therapeuten, die Familiensituation direkt zu beobachten. Therapeutische Ratschläge können z.B. darin bestehen, bestimmte Kommunikationsregeln an Stelle der unbedachten Kommunikationsgewohnheiten zwischen den Mitgliedern des Systems vorzuschlagen. Es sind durch

solche und andere Eingriffe oft in wenigen Sitzungen Veränderungen möglich. Dabei muss allerdings dem «System», bzw. seinen Mitgliedern, Zeit gelassen werden, sich umzustellen, weshalb sich die Sprechstunden in einer systemischen Mehrpersonentherapie im Allgemeinen in größeren Abständen folgen als in der individumzentrierten Therapie.

Auch üblicherweise als Krankheit gewertete Eigenheiten eines Mitgliedes eines Systems, z.B. die Magersucht einer Tochter, kann eine Funktion zur Aufrechterhaltung des Gleichgewichtes im Familiensystem erfüllen, z.B. ein Auseinanderleben der Eltern verhindern, was das System in seiner, wie ich es nenne, «heimatlichen Funktion» für das Kind gefährden würde. Die Magersucht kann durch einen umgestaltenden therapeutischen Eingriff in das System oft rascher geheilt werden als durch eine individuumzentriert Therapie zu erwarten wäre. Ich habe auch erlebt, dass die Magersucht einer Tochter sich bei Behandlung während eines klinischen Aufenthaltes bessern lässt, nach Rückkehr in die Familie aber einen Rückfall erleidet, weil sie dann wieder dem Einfluss des Familiensystems ausgesetzt ist.

Im Gegensatz zu den überzeugten «Systemikern» unter den Psychotherapeuten, muss aber gesagt werden, daß durch eine Veränderung eines Gliedes eines Systems durch individuumszentrierte Therapie auch das System als solches verändert werden kann. Wenn sich ein Mitglied eines Systems als Persönlichkeit existentiell ändert, kann das System, dem es zugehört, insbesondere die Familie, nicht bleiben, wie sie ist.

Es kann auch ein Individuum als System betrachtet werden, gleichsam als Resultante, aus verschiedenen «Elementen», «Kräften» oder «Unterpersönlichkeiten», die gegenseitig aufeinander bezogen und voneinander abhängig sind (Schulz v. Thun Bd.III, 1989; Schwartz 1995,). Das psychoanalytische Strukturmodell von Ich, Es und Überich kann als heuristische Konstruktion eines solchen *innerpersönlichen Systems* angesehen werden (↗Psychoanalyse, 3.2.2). Es gilt dies auch für die personifizierten Ich-Zustände in der Transaktionalen Analyse (↗Transaktionale Analyse, 2).

Kennzeichnend für die Praxis der Psychotherapie unter systembezogene Betrachtungsweise ist, daß sich der Psychotherapeut nicht um eine lineare Ursache der Störung, wegen deren er aufgesucht wird, kümmert und erst recht nicht darum, wer Anlass war oder wer begonnen hat. Er geht auch ausgesprochen intuitiv vor, wobei natürlich seine Erfahrung, die er sich im Laufe der Jahre erwirbt, in seine Intuition eingeht. – Manchmal geht es einem Therapeuten nur schon darum, in ein erstarrtes System Unruhe zu bringen, damit sich ein anderes, neues Gleichgewicht einstellen kann.

Schon als Kind habe ich meine Eltern häufig von jemandem, der sich anders gefühlt oder reagiert hat, als sie erwartet haben, sagen gehört: «Er lebt eben in einer anderen Welt!». Heute wird die Annahme, jeder lebe in einer eigenen Welt, wissenschaftlich als «Konstruktivismus» bezeichnet und zur systembezogenen Betrachtungsweise gezählt (Simon 1988; Watzlawick 1981, 1988), obgleich eine solche Annahme eine individuumzentrierte Persönlichkeitspsychologie genau so beeinflusst.

2. Beispiele zur systemischen Familientherapie

2.1 Erstes Beispiel: Wirkung einer Umdeutung

(aus Arist von Schlippe,1984/[7]1988, S.88f, 90)

Der 13-jährige Martin wird in eine Kinderklinik eingewiesen, weil er merkwürdige Anfälle in der Schule zeigte. Er «hatte mehrfach in der Klasse aufgeschrieen, war zum Fenster gerannt und klagte über ein ‹komisches Gefühl im Kopf›. Diese Vorfälle hatten sich mehrfach wiederholt, bis er ganz zu Hause blieb». Zu Hause war es nicht besser geworden. Er hatte sich schon in der Schule von seinen Freunden isoliert, jetzt auch von den anderen Familienmitgliedern. Nach Einweisung in die Klinik ist Martin kaum anprechbar, ohne Orientierung, klammerte sich an Möbel und schreit: «Helft mir doch».Die Eltern knien neben ihm und halten seine Hand.

Nach der kurzfristigen stationären Aufnahme erfolgt ein Familiengespräch, in dem der familiäre Hintergrund herausgearbeitet wird: Im Haus der Familie Hess leben Vater und Mutter der Mutter, die Eltern Martins und seine 11-jährige Schwester Tina. «Der Vater ist arbeitslos, nachdem er seinen Schlosserberuf hat aufgeben müssen: Er hatte Gesichtsakne bekommen und infolgedessen. einen Waschzwang entwickelt, Da er befürchtete, mit öligen Händen an seine Pickel zu geraten, musste er ständig seine Hände waschen und sein Gesicht pudern. Da er fürchtete, daß er ausgelacht würde, wenn man ihn mit gepudertem Gesicht sähe, mußte er den Puder wieder abwaschen, wobei er mit den Händen ans Gesicht kam und wieder befürchtete, seine Pickel beschmutzt zu haben. Nach der Arbeitslosigkeit arbeitet er jetzt als Gehilfe in der Wäscherei, die seine Frau mit ihrer Mutter gemeinsam leitet. In regelmäßigen Abständen ‹flippt› er im Alkoholrausch zu Hause aus, randaliert, droht mit Selbstmordversuchen, von denen seine Frau ihn immer wieder im letzten Moment abhält. Frau Hess schildert sich als überlastet, ihr wüchsen die Probleme über den Kopf. Die 11-jährige Tochter scheint selbstbewusst und stabil, sie schläft nachts bei Martin, damit er keine Angst hat.

Aus klinik-technischen Gründen war bei dieser Familie vorerst nur ein einziges Familiengespräch möglich, in dessen Gefolge der Junge mit der Begründung, jeder in der Familie werde gebraucht, entlassen wird. Mit der Ankündigung eines Briefes und der Vereinbarung eines Termins in drei Monaten wird die Familie entlassen.

Anschließend schreibt der behandelnde Arzt als therapeutische Intervention einen Brief:

Liebe Familie Hess,
bei unserem letzten gemeinsamen Gespräch war ich sehr beeindruckt davon, wie sehr sich die ganze Familie gegenseitig hilft und unterstützt. Ich glaube, dass es in der Familie ein feines Gespür dafür gibt, wenn es jemandem schlecht geht und dass alle sehr für die anderen Familienmitglieder sorgen.

Das wurde mir erst bei der Mutter ganz deutlich, sie ist so etwas wie der «Manager» der Familie. und kümmert sich um tausenderlei Sachen. Die Mutter trägt die Verantwortung für das Geschäft, sie sorgt für die Familie, so hat sie z.B. viel Verständnis für Martins Ängste, weil sie selbst ähnliche Erfahrungen gemacht hat. und sie macht sich auch große Sorgen um ihren Mann, dass er sich im Rausch etwas antun könnte.

Besonders beeindruckt war ich von dem Einsatz, den der Vater für die Familie bringt. Der Vater arbeitet für die Familie in einer untergeordneten Stellung und ich glaube, dass er dieses auf sich nimmt, um die Zusammenarbeit und den Zusammenhalt der Familie zu sichern.

Auch Tina sorgt sich sehr um die Familie, ich weiß von ihr, dass sie nachts bei ihrem Bruder schläft, damit Martin ohne Angst schlafen kann und es gibt sicher noch mehr Beispiele. Auch die Oma wird in die Familie einbezogen, damit sie sich wohl fühlt.

Nach dem, was ich von Martin weiß, bin ich überzeugt, dass auch Martin sich große Sorgen um die Familie macht. Ich glaube, dass Martin Angst hat, die Ehe der Eltern könnte auseinanderbrechen, weil es so oft Streit gibt. Martin glaubt, dass er mit den Angstzuständen erreichen kann, dass die Eltern zusammen bleiben. Dabei nimmt er in Kauf, dass er die Schule versäumt und Freunde verliert, weil es ihm wichtiger ist, den Zusammenhalt der Familie zu sichern.

Aufgabe: Ich möchte, dass Tina diesen Brief zweimal in der Woche der ganzen Familie vorliest und dass die Familie anschließend darüber spricht.

Mit freundlichen Grüßen

Nach drei Monaten rief Frau Hess in der Klinik an: die Ängste des Jungen seien völlig verschwunden, die Probleme zwischen den Eheleuten seien jedoch nach wie vor die gleichen. Eine Empfehlung, in eine Eheberatung zu gehen, nimmt die Frau [positiv] auf.»

Der Brief zeigt der Familie eine ganz andere Sicht auf ihre Situation. Sie entspricht dem, was als *Umdeutung* bezeichnet wird, aber durchaus kein an den Haaren herbeigezogenes Bild der Familie, sondern einfach eine andere Art, die Situation zu sehen und überdies die Diagnose, wie sie der Familientherapeut bei Martin stellt, nämlich keine akute Schizophrenie, an die zuvor gedacht worden ist, sondern ein systemisch bedingtes Symptom, seine Rolle als «Indexpatient», wie familientherapeutisch gesagt wird. Die Familie realisiert:; «Ach, so kann man das auch sehen?» und Martin verliert seine Symptome.

2.2. Zweites Beispiel: Arbeit mit Familienskulptur

(frei nach Metzmacher u. Mitarb. 1982, S. 184 ff)

Familie Shorty befindet sich seit mehreren Monaten in einer familientherapeutischen Behandlung. Anlass dazu gab ihr 12-jähriger Sohn Michael, dessen psychosomatisch bedingtes Erbrechen schon mehrere Krankenhaus- und Klinikaufenthalte erforderlich gemacht hatte, jedoch ohne den erhofften Erfolg. Schon häufig war das Problem «Nähe und Distanz» zwischen den einzelnen Familienmitgliedern, Mutter, Vater, Michael und Markus (15 Jahre), Thema der familientherapeutischen Sitzungen gewesen. Michael sondert sich immer häufiger von der Familie ab und entspricht so gar nicht den Erwartungen seiner Eltern, die für den Jungen beides sein wollen: nahe Freunde und Eltern. Ihm ist das zu viel. Die ständigen Fragen nach seinem Wohlbefinden, seinen Sorgen, Gedanken und Gefühlen sind ihm unangenehm. Doch von Zeit zu Zeit wird ihm übel, er übergibt sich und lässt sich dann von seiner Mutter wieder gesundpflegen.

Auch in dieser Sitzung, an der Markus nicht anwesend ist, entsteht wieder ein Streitgespräch zwischen Vater und Michael über dessen Abweisung der vielen Kontaktangebote des

Vaters. Es wird deutlich, dass der Vater mehr Nähe zum Sohn haben möchte als der Sohn zum Vater. Der Familientherapeut teilt ihnen seinen Eindruck mit, und als beide dies bestätigen, bittet er sie, die von beiden jeweils gewünschte Nähe räumlich darzustellen.

Therapeut: Herr Shorty, setzen Sie sich doch bitte so nahe an Ihren Sohn heran, wie Sie es gerne immer hätten – (*Herr Shorty. rückt daraufhin mit seinem Stuhl frontal so nahe an Michael, dass sich die Knie der beiden berühren*). – Therapeut (*zu Michael gewandt, der schon beginnt, nach hinten wegzurücken*): Michael, ich sehe, dass du wegrückst. Was fühlst du, wenn dein Vater dir so nahe kommt? – Michael: Schlecht, da bekomme ich keine ;Luft mehr (*Michael war vor der Krankheit mit dem Erbrechen sechs Jahre asthmakrank gewesen*). – Therapeut: Dann verändere die Position so, wie es für dich stimmt! – (*Michael rückt daraufhin in den Abstand, wie er vor der Positionsveränderung gewesen war.*) – Therapeut: Wie ist es jetzt, wenn du so weit von deinem Vater wegsitzest? – Michael: Das ist schon besser, so ist es gut jetzt. – Therapeut (*zum Vater gewandt*): Wie ist es für Sie, wenn Michael denselben Abstand wie vorher wieder herstellt? – Vater: Ich bin enttäuscht, ich hätte gerne mehr Nähe zu ihm. – Therapeut: Was würden Sie normalerweise tun, um ihm das mitzuteilen? – Vater: Was meinen Sie damit? – Therapeut: Ja, was machen Sie, wenn Sie an Ihren Sohn herangehen und er weicht Ihnen aus? – Vater: Erst gehe ich hinterher und versuche, ihn doch noch irgendwie zu kriegen, und dann werde ich verärgert und ... – Mutter (*fällt ihrem Mann ins Wort*): Und dann kommt er zu mir und beklagt sich über seinen Sohn. – Therapeut (wieder an den Vater gewandt): Ist es so, wie Ihre Frau gerade sagt? – Vater: Ja, manchmal schon.

Im Folgenden schließt sich eine Diskussion über die Funktion der Mutter bei den häufigen Konflikten zwischen Vater und Sohn an. Es wird deutlich, dass sie sich im Allgemeinen sehr unbehaglich fühlt, wenn sie dessen gewahr wird. Hieran schließt sich dieselbe Prozedur der räumlichen Darstellung von Nähe und Distanz so wie vorher zwischen Vater und Sohn, nun auch zwischen Mutter und Sohn und zwischen Mutter und Vater an. Die dargestellte Nähe zwischen Mutter und Sohn stimmt für beide. Zwischen Vater und Mutter rückte der Vater seinen Stuhl sehr nahe an den Stuhl der Mutter heran, die daraufhin lächelnd sagt:

Mutter: Komm, das stimmt ja nicht, so nahe sind wir uns selten. – Vater (*rückt irritiert auf seinem Stuhl hin und her*). – Therapeut (*zur Mutter gewandt*): Sie meinen, dass das so, wie Ihr Mann das jetzt darstellt, zu Hause in der Regel nicht ist? – (*Mutter nickt*) – Vater (*sagt ohne Aufforderung*): Ja, das stimmt schon, aber ich wäre gerne öfter näher bei dir. – Therapeut: Gut, dann bleiben Sie einen Moment so sitzen (*und wieder zur Mutter gewandt*): Wie ist es für Sie, wenn Ihr Mann so nahe kommt? – Mutter (*lehnt sich zurück, schaut ihren Mann an und sagt*): Eigentlich ganz schön. – Therapeut: (*zum Vater gewandt*): Und für Sie? – Vater: Auch schön.

Nachdem daraufhin eine Weile über die Beziehung zwischen Vater und Mutter(als Partner gesprochen worden ist, wendet sich das Gespräch kommt erneut der Unzufriedenheit des Vaters in Bezug auf Michaels «Wegrücken» zu. Der Therapeut schlägt vor, dass das Ganze, wie in der Familientherapie gesagt wird, in einer Skulptur darzustellen, d.h. ich bitte den Vater, seine Familie einmal so aufzustellen, wie er es nach Nähe und Distanz gerne

hätte. Die Personen stehen daraufhin auf, rücken ihre Stühle weg. Der Vater nimmt seine Frau an der Hand, stellt sie direkt neben sich und legt einen Arm über ihre Schultern.

Therapeut (*zum Vater gewandt*): Gut! Nehmen Sie nun Michael und stellen Sie ihn auch so, wie Sie ihn gerne stehen haben möchten. – (*der Vater nimmt Michael bei der Hand und stellt ihn, obschon er sich sträubt, ebenso dicht neben sich, wie auf der anderen Seite die Mutter. Auch ihm legt der Vater einen Arm um die Schulter.*) – Therapeut: Gut! Das ist jetzt ein Standbild, das von Herrn Shorty gestellt worden ist. Ich bitte Sie alle, einmal kurz die Augen zu schließen und zu spüren, wie Sie sich so fühlen. – – – –

Wie Familienmitglieder die Augen wieder öffnen, fragt der Therapeut jeden einzelnen, wie es ihm geht, wenn sie so stehen. Der Mutter ist es recht, dem Vater ist es recht. Nur Michael sagt, das er diese Nähe nicht aushalten könne. Daraufhin fordert der Therapeut Michael auf, das Standbild jetzt so zu verändern, wie er es gern haben möchte. Als erstes befreit er sich vom Arm seines Vaters und schüttelt seine Schulter. Auf die Frage, ob der Ort, an dem er steht, jetzt ohne Arm des Vaters für ihn stimmig sei, schüttelt er den Kopf und geht drei Schritte zurück, wobei er auf seine Eltern schaut.

Therapeut: Wie ist es jetzt dort, wo du stehst und wenn Du auf Deine Eltern schaust?. – Michael (*schaut Therapeut an und sagt*): Das ist besser, hier fühle ich mich wohler und freier. (*Er macht eine Pause und fügt noch hinzu:)* Und wenn ich will, kann ich auch näher rangehen. – Therapeut: Ja, gut! Mach das mal! Geh mal etwas näher heran und wieder zurück. – (*Michael geht relativ nahe an die beiden heran, fast an denselben Ort, an den ihn der Vater vorher hingestellt hat und bleibt dort einen Augenblick stehen und geht wieder zurück. Auf Aufforderung des Therapeuten dasselbe nochmals.*). – Therapeut: Heißt das: Wenn du von dir aus die Nähe bestimmen kannst, dass du auch manchmal nahe an deine Eltern herangehen würdest? – (*Michael nickt*) – Therapeut: (*zu den Eltern gewandt*): Wie ist es für Sie, wenn Michael weiter von Ihnen wegsteht, als Sie es gerne hätten, auf der anderen Seite von selbst aber näher an Sie herankommt? – (*die Eltern schauen zunächst sich an, dann den Jungen und machen einen sehr zufriedenen Gesichtsausdruck*). – Vater: Das hätte ich nie erwartet, dass er von sich aus kommen würde. – Mutter: Und ich fände es schön, wenn zwischen den beiden besser miteinander auskommen.

Der Therapeut bittet alle, nun wieder auf ihren Stühlen Platz zunehmen, und da die Stunde ihrem Ende entgegen geht, beschließt er die Familiensitzung mit einer sogenannten Runde, in der jeder einzelne sagt, wie er sich im Augenblick fühlt und was für ihn in der heutigen Sitzung wichtig gewesen ist. Darauf teilt jeder mit, dass es ihm jetzt gut gehe und dass für ihn die heutige Sitzung sehr viel Klarheit gebracht habe über die unterschiedlichen Bedürfnisse von Nähe und Distanz.

Vater: Also, wir haben ja schon oft darüber gesprochen, aber so klar wie heute ist mir das nie gewesen. – Therapeut: Was ist Ihnen heute klar geworden? – Vater: Wenn ich den Jungen ein bisschen mehr lasse, dann kommt er von sich aus auch ein bisschen näher, und etwas anderes möchte ich im Grund genommen gar nicht.

Darauf ist die Sitzung zu Ende.

2.3 Drittes Beispiel: Rituale in der Familientherapie

Es handelt sich um eine Familientherapie aus den Vereinigten Staaten, über die Peggy Papp berichtet (Papp 1983, S.137-143). Der Therapie wohnte ein Kollegengruppe der Therapeutin hinter einem Einwegspiegel bei, wie dies bei vielen systemisch arbeitenden Familientherapeuten üblich ist. Ich halte mich in freier Weise an die Schilderung der Autorin, gebe aber gewisse Abschnitte annähernd wörtlich wieder.

Es war Herr Fordham, der um therapeutische Hilfe bat, da er es zu einem heftigen Konflikt mit seiner Frau gekommen war, obgleich sie sich sonst in Liebe zugetan waren. Es ging um die Frage, wie mit dem dreizehnjährigen Sohn Richard umzugehen war, den die Frau aus ihrer ersten Ehe mitgebracht hatte. In der ersten Sitzung berichtete Herr Fordham, ein großer und stattlicher Mann, daß er und seine Frau Sonia, eine nordische Schönheit mit langen blonden Haaren, in der Frage, wie man Richard erzieherisch anzugehen habe, von Anfang an verschiedener Meinung gewesen seien. Herr Fordham fand, daß seine Frau den Sohn verwöhne, seine Frau war der Meinung, er sei zu streng mit dem Sohn. Es kam zu einer Eskalation, denn wenn die Mutter Richard in Schutz nahm, wurde der Stiefvater im nachhinein noch strenger. Mit Richards elfjährigem Bruder Ralf hatte der Stiefvater keine Schwierigkeiten. Dieser glich seiner Mutter, er hatte eine blasse Haut und blaue Augen, während Robert ganz im Gegensatz dazu dunkelhäutig und schwarzlockig war.

Die Frau und Mutter war im Alter von 19 Jahren aus Norwegen in die Vereinigten Staaten eingewandert. Sie hatte einen Mann, Leopold, kennen gelernt und geheiratet. Als Ralf ein Jahr und Richard drei Jahre alt waren, ging Leopold zur Handelsmarine und wurde einige Monate später als vermisst gemeldet. Er blieb verschollen. Er war hochgradig depressiv gewesen und hatte in seinen Briefen an die Familie immer wieder vom Tod und vom Jüngsten Gericht gesprochen. Seine Frau konnte aber den Gedanken an einen Selbstmord ihres Mannes nicht akzeptieren und hatte sich für sich selbst und für die Kinder die Erklärung zurechtgelegt, daß ihr Mann und Vater ihrer Kinder durch einen Unfall gestorben sei. Herr Fordham war Leopolds bester Freund gewesen. Er kümmerte sich um die verwaiste Familie und einige Jahre später heirateten sie.

Die Frau war, während sie über das Schicksal und den Tod ihres ersten Mannes berichtete, sehr erregt und ihr Mann machte ihr Vorwürfe, überhaupt darüber gesprochen zu haben, und sagte zu der Therapeutin: «Sie wollte erst gar nicht herkommen, weil sie wusste, daß man sie nach allen diesen Dingen fragen würde, und weil sie nicht wieder darüber sprechen wollte». Die Jahre nach dem Tod ihres Mannes waren sehr schlimm für die verwitwete Frau und Mutter, weil sie in einem fremden Land mit den zwei kleinen Kindern so ganz allein gewesen sei. Depressiv war sie jahrelang bei einem Psychiater in Behandlung gewesen. Nach ihren Worten war sie mit diesen Erinnerungen inzwischen fertig geworden, und sie hatten nichts mit ihrem gegenwärtigen Problem zu tun, das sie jetzt gern besprechen wolle. Auch der Mann fand dies. Die Therapeutin und die beratende Gruppe beschlossen, den Wunsch der beiden zu respektieren und sich auf die Gegenwart und hier auf die Neuordnung des Dreiecksverhältnisses zwischen Herrn und Frau Fordham. und dem Sohn Richard zu

konzentrieren, denn es ist ja ein durchaus häufiges Problem, dass ein eigenes Kind vor dem Stiefelternteil in Schutz genommen wird.

Manchmal kann ein solches Problem allein durch Ratschläge bewältigt werden. Die Mutter. wurde angewiesen, sich aus den Auseinandersetzungen zwischen Richard und seinem Stiefvater. herauszuhalten und sich nicht um ihre Beilegung zu bemühen, nachdem die Eltern auf eine gewisse Disziplin den Kindern gegenüber geeinigt hatten. Sie verhielten sich von nun an konsequent, was die Beachtung dieser Regeln anging. Aber auf die Intensität der negativen (oder unguten) Empfindungen, die der Stiefvater. gegenüber Richard hegte, hatte das nur einen geringen Einfluss. Er war allem Anschein nach von der Vorstellung besessen, er müsse immer wieder den Jungen erzieherisch kritisieren und bestrafen.

Die Familientherapeutin hatte in Übereinstimmung mit den Kollegen hinter dem Einwegspiegel den Verdacht, dass des Stiefvaters Verhalten etwas mit dem Geist Leopolds zu tun haben könnte. Die Therapeutin beschloss, dieser Frage in einer Sitzung nachzugehen, an der nur die Eltern anwesend waren. Vielleicht waren sie eher bereit, in Abwesenheit der Kinder darüber zu sprechen. In dieser Sitzung stellte sich heraus, daß Herr Fordham. überzeugt war, seine Frau liebe Leopold noch immer, der möglicherweise noch am Leben war, z.B. auf einer einsamen Insel, und vielleicht eines Tages vor der Tür stehen würde. Und in diesem Fall, so glaubte Herr Fordham, würde seine Frau dann mit Leopold auf und davon gehen.

Seine Frau zeigte sich angesichts dieser Phantasien sehr verwundert und sagte, sie seien vollkommen unbegründet, sie empfinde nichts mehr für Leopold, denke nicht mehr an ihn und würde auf keinen Fall mit ihm durchbrennen, falls er wieder auftauchen sollte, was sie für unmöglich hielt. Ihr Mann wirkte sehr erleichtert und sagte, es sei ihm ein großes Bedürfnis, alle diese Dinge zu hören. Bei der Unterhaltung über Richard erfuhr die Therapeutin, er gleiche seinem Vater Leopold wie ein Ei dem andern und habe auch viele von dessen Eigenschaften. Das ließ die Therapeutin vermuten, dass der Stiefvater in Richard möglicherweise eine «Reinkarnation» von Leopold und einen gefährlichen Rivalen um die Liebe seiner Frau erlebte.

Im Einverständnis mit den Eltern unterhielt sich die Therapeutin in einer Sitzung mit den Kindern über den Tod ihres leiblichen Vaters. Es stellte sich heraus, daß auch sie der Meinung waren, ihr Vater sei möglicherweise noch am Leben und werde eines Tages auftauchen. Sie glaubten allerdings nicht, daß ihre Mutter zu ihm zurückkehren würde. Sie hofften, sie würde das nicht tun.

Wenn die Frau an ihrem zweiten Mann einmal etwas aussetzte, war das für ihn das Beweis, dass sie immer noch nach ihrem ersten Sehnsucht hatte. Es klang zwar überzeugend, wenn die Frau das abstritt, aber andererseits vermied sie jedes Gespräch über diese Periode ihres Lebens und ganz allgemein über schmerzliche Themen, für den zweiten Mann eine Bestätigung, dass sie den ersten immer noch liebt. Allerdings hatte er diese Vorstellungen für sich behalten, und Richard, der Leopold ähnlich sah, hatte die ganze Wucht seines Zornes zu spüren bekommen.

Die Therapeutin sah es als ihre Aufgabe an, Leopolds Geist zur Ruhe zu bestatten, denn sein Schatten lag über allen übrigen Dingen. Sie entwarf mit der Kollegengruppe eine Trau-

erzeremonie, an der die ganze Familie teil nehmen sollte. Leopolds Todestag fiel auf den Memorial Day, und so beschlossen sie, der Familie vorzuschlagen, die Zeremonie an diesem Tag abzuhalten. Die Therapeutin las der Familie die folgende Botschaft vor:

«Die Gruppe ist der Überzeugung, daß Leopolds Geist in dieser Familie noch immer sehr lebendig ist. Da Richard seinem Vater so ähnlich sieht und ständig an ihn erinnert, kann es kaum wundern, daß dies zu einem Problem zwischen Herrn und Frau Fordham geworden ist. Wir sind der Meinung, daß diese Familie ihre Toten unbedingt begraben muss, damit sie in der Gegenwart leben kann und Richard von seiner unerträglichen Bürde befreit wird. Wir schlagen daher vor, daß sie am Memorial Day alle miteinander einen Kranz am Grabmal des Unbekannten Soldaten niederlegen und in einer förmlichen Zeremonie von Leopold Abschied nehmen und auch in Zukunft an Leopolds Todestag seiner mit einer Schweigeminute gedenken.»

Ein langes Schweigen folgte, dann erklärte Herr Fordham sein Einverständnis und schlug sogar einen regelmäßigen Gedenktag für Leopold vor, der ja schließlich nicht nur der Vater der beiden Jungen, sondern auch sein Freund gewesen sei. Die beiden Jungen lächelten, und Frau H. sah erleichtert aus. – Die Familie hielt eine Zeremonie ab, die sie selbst erdacht hatte: Am Jahrestag, an dem Leopold von seiner Umgebung vermisst worden war, also wohl sein Todestag, wurden Kerzen angezündet, Gebete gesprochen und gute und freundliche Erinnerungen an Leopold besprochen.

Auch der Konflikt zwischen dem Stiefvater und Richard wurde gemildert oder war damit sogar gelöst, aber es tauchte ein anderes Problem, auf: das Heimweh der Frau nach ihrer norwegischen Heimat die dadurch ausgelöste Befürchtung des Mannes, sie werde eines Tages mit ihren Kindern für immer dorthin zurückkehren. Sie hatten niemals offen über dieses Thema gesprochen, aber es war unausgesprochen ständig zwischen ihnen gegenwärtig. Frau Fordham bestritt jeden Gedanken an eine endgültige Rückkehr nach Norwegen, aber sie gab zu, von allem Anfang an Heimweh gehabt zu haben. Inzwischen war sie ein einziges Mal wieder in Norwegen gewesen, hatte festgestellt, daß alles anders war als früher, und nicht mehr den Wunsch gehabt, zu bleiben. Aber sie vermisste ihre Angehörigen, die Kultur, die Musik, das Essen, die Sitten und Gebräuche ihres Heimatlandes und zog ständig Vergleiche, die zuungunsten der entsprechenden Verhältnisse in den Vereinigten Staaten ausfielen. Dass von diesem Heimweh in der Familie nie gesprochen wurde, ließ die Frau und Mutter ihre Isolation nur noch stärker empfinden und trennte sie vollends von ihren Wurzeln, was einen stillen Groll in ihr wachsen ließ.

Um sie von dem Verbot zu erlösen, verschrieben wir eine weitere Zeremonie: Wir sagten dem Mann und den Kindern, da die Mutter nicht nach Norwegen zurückkehre, müssten sie ihr Norwegen eben so ein bisschen hierher bringen. Vermutlich würde das ihr Heimweh eher verringern als vermehren. An ihrem Geburtstag in drei Wochen sollte die Familie sie damit überraschen, daß sie diesen Tag zum »Norwegen-Tag, erkläre und festlich auf norwegische Art beging. Die Kinder waren begeistert, und Herr Fordham erklärte sieh freundlich bereit, die Vorbereitungen zu überwachen. Alle drei machten sich eifrig und begeistert an die Vorbereitung des Norwegen-Tages: Sie richteten eine norwegische Mahlzeit her, sie sorgten für nor-

wegische Dekorationen und norwegische Musik, sie kramten alte Schallplatten und Fotoalben hervor, luden norwegische Freunde ein und arrangierten ein Ferngespräch mit den in Norwegen lebenden Angehörigen der Mutter.

Frau Fordham war tief gerührt, daß ihr Heimatland in dieser Weise geehrt und ihre Liebe zu diesem Land von ihren nächsten Angehörigen anerkannt und gebilligt wurde. Ihr Mann und die Söhne erhielten die Anweisung, sie nur ja gewähren zu lassen, wenn sie sich diesen Gefühlen auch weiter hingeben würde.

Diese Zeremonien allein lösten noch nicht alle Probleme zwischen den Ehegatten, die weiterhin zur Paartherapie kamen. Aber die Familie erlebt sich geeint in diesen symbolischen Handlungen und die «Geister der Vergangenheit» wurden auf diese Weise gebannt. Bei der Familientherapeutin Selvini Palazzoli heißt es: «Mit einem Ritual soll nicht nur der verbale Kommentar über die Normen vermieden werden, die in diesem Augenblick das Spiel der Familie in Gang halten; das Ritual soll darüber hinaus die ritualisierte Verschreibung eines Spiels darstellen, dessen neue Normen in aller Stille den Platz der alten einnehmen» (zitiert von Papp).

3. Allgemeine Bemerkungen zur systembezogenen Betrachtungsweise in der Psychotherapie

In zwischenmenschlichen Systemen besteht eine Neigung, immer wieder neu eine Art Gleichgewicht zu erlangen, sozusagen ein Übereinkommen, was jeder von jedem erwarten darf. Dabei spielen auch unbewusste Regeln, wie auf eine bestimmte Situation reagiert wird, eine Rolle. Veränderte Umstände können zu «Störungen» dieses Gleichgewichts führen, worauf sich eine neues Gleichgewicht einstellen wird, wenn das System nicht auseinanderbricht. Solche «Störungen» (hier nicht als «krankhaft» zu betrachten) können veränderte äußere gesellschaftliche oder Lebensumstände sein oder aber auch innere Umstände. So können sich menschliche Mitglieder, z.B. aus Gründen der biologischen und seelischen Entwicklung, von sich aus verändern. Ein Kind als Mitglied eines Familiensystems kann z.B. in die Pubertät eintreten. Dann hat das System nach einem labilen Stadium ein neues «Gleichgewicht» zu finden. Oder die Kinder werden autonom und erwachsen, worauf sich das System einstellen muss. Schließlich treten sie ganz an die Peripherie des Familienverbandes und das Eltern-Ehe-System muss sich neu einstellen. Manchmal versucht sich ein System gegen «störende Einflüsse» abzuschotten. Es kann dies bei einem Paar oder bei einer Familie oder irgend einer anderen menschlichen Gemeinschaft, auch z.B. einer religiös orientierten, der Fall sein. Neue Informationen bei veränderten äußeren oder innerpersönlichen Verhältnissen werden nicht zugelassen. Dies geht mit einem Entwicklungsstillstand bei den Mitgliedern einher, häufig zugleich mit einer Verkennung der sich wandelnden Realität.

Die systembezogene Betrachtungsweise lässt viele Eigenheiten von einzelnen Persönlichkeiten, wie sie bei individuumzentrierter Betrachtungsweise der bisher besprochenen Verfahren auffallen mögen, erst einleuchtend verstehen oder dann neu und anders verstehen, so z.B. das tyrannische Verhalten eines Ehegatten gegenüber den Kindern, wenn wir wissen, dass es als eine Reaktion gegen das ausgesprochen verwöhnende Verhalten des

anderen Ehegatten sein kann und dieses sich als Reaktion auf die Tyrannei des ersterwähnten verstärkte, so dass das tyrannische Verhalten des ersteren sich ebenfalls verstärkte usw.

Wenn Therapeut und Patient als systemisch aufeinander bezogen betrachtet werden, so kann, was in der Psychoanalyse «Übertragung» und «Gegenübertragung» genannt wird, eine neue Bedeutung bekommen. Es wird verständlich, daß sich Erlebens- und Verhaltensweisen oder Traumerlebnisse des Analysanden immer (auch) als Ausdruck der emotionalen Beziehung zum Analytiker deuten lassen («Übertragungsdeutungen»). Der Analysand reagiert ja fortlaufend auf seinen Analytiker und dieser umgekehrt auf seinen Analysanden, was er nicht völlig verbergen kann, mindestens «das Unbewußte» des Patienten wird seine Reaktion wahrnehmen.

Es ist meines Erachtens unsinnig zu sagen, ein System leide, – aber seine Mitglieder können leiden, so z.B. wenn über längere Zeit eine ausgesprochene Instabilität besteht, womit das System seine, wie ich es nenne, «heimatliche Funktion» nicht mehr erfüllt.

Deshalb können auch die Mitglieder eines Systems oder kann ein Mitglied eines Systems Behandlung suchen, weil das System zu zerbrechen droht, bevor diese Mitglieder oder dieses Mitglied Geborgenheit in einem anderen System gefunden hat. Es kommt auch, wie bereits erwähnt, vor, daß ein Mitglied ein Erleben und Verhalten aufweist, das gemeinhin als krank und damit als therapiebedürftig gilt. Es wird dann Behandlung dieses Patienten verlangt. Wenn der Kranke als «Indexpatient» aber mit dieser Krankheit eine Funktion im System erfüllt, um das System im Gleichgewicht zu halten, muss dieses verändert werden. Bei einer von vornherein individuumzentrierten Behandlung könnte ein Erfolg erreicht werden, wenn es gelingt, den Patienten aus dem System herauszunehmen, wozu nicht nur ein Ortswechsel gehört. Die Veränderung des Systems durch «Störung» des Gleichgewichts kann aber den Erfolg rascher eintreten lassen.

Ein übergeordnetes System kann schlecht funktionieren und seine Mitglieder leiden, bzw. sehen ihr Ziel gefährdet, weil ein untergeordnetes System, z.B. in einer Familie die Ehe der Eltern, schlecht funktioniert, Ähnliches innerhalb von Organisationen.

Es gibt verschiedene Varianten systembezogener Therapie. Ich erwähne die *strategische Therapie*. Bei einer solchen stellt sich der Therapeut u.a. mit Vorliebe die Frage, wie die Mitglieder des Systems bisher ihre Problem zu lösen versuchten und dabei scheiterten, meistens indem sie denselben Lösungsversuch, z.B. die Bestrafung eines gemeinschaftsstörenden Kindes, immer radikaler einsetzten. Ein total anderer Lösungsversuch, vielleicht sogar in der gegenteiligen Richtung, kann zu überraschenden Erfolgen führen, indem er das ganze System sozusagen «aus dem bisherigen Geleise wirft».

Ich erwähne die *«Klassische» Systemische Familientherapie*. Bei dieser wird gerne nach der ersten Kontaktnahme eine Hypothese aufgestellt, inwiefern das System dysfunktionell ist oder was ein «Indexpatient» darin für eine Funktion erfüllt, um diese Hypothese danach durch zirkuläre Fragen (s.u.) nachzuprüfen. Bei den Vertretern diese Richtung ist es auch beliebt, die Behandlung hinter einer Einwegscheibe sich abspielen zu lassen, hinter der weitere Therapeuten sitzen, die direkt über ein Telefon mitwirken oder zwischendurch den

Therapeuten der Familie zu einer Teambesprechung herausrufen. Damit soll u.a. vermieden werden, daß der Therapeut durch das System als «Mitspieler» vereinnahmt wird und die Distanz verliert, die nötig ist, um durch Einfluss Änderungen herbeizuführen. Einer Familie kann mitgeteilt werden, was «die Gruppe» meint.

Einer systemischen Familientherapie ähnlich ist die *Supervision eines Organisationsteams*, wenn eine solche nicht nur oberflächlich durchgeführt wird.

Ich erwähne die *Systemische Paartherapie.* Dabei werden nicht analytisch die Kindheitserlebnisse der beiden Partner einzeln aufgedeckt, die zu deren gegenwärtigen Erlebens- und Verhaltensgewohnheiten geführt haben, um das gegenseitige Verständnis für einander zu fördern. Bei einer systemischen Paartherapie wird vielmehr von vornherein darauf geachtet wird, wie sich das Paar aufeinander «eingespielt» hat, wobei häufig auch noch das System der Herkunftsfamilie einbezogen werden muss, wenn die Beziehung zu Eltern und Geschwistern in die Partnerschaft «hineinspielen».

Die systembezogene Betrachtungsweise war nach ihrer «Entdeckung» und ihren Erfolgen so faszinierend, dass viele ihrer Anhänger eine individuumzentrierte Psychotherapie als unsinnig verachtet und verworfen haben. Sie haben nicht realisiert, dass eine systemische Verwirkung eines Patienten schon immer auch bei einer sogenannt individuumzentrierter Behandlung diagnostisch und therapeutisch berücksichtigt worden ist; statt unbedacht kann dies auch mit Gewinn bewusst geschehen (Weiss1988/²1989 – ⇗Psychoanalyse, 5.1.4). Ich habe deshalb im Titel zu diesem Kapitel von einer *Systemischen Betrachtungsweise* gesprochen und nicht von einer *systemischen Mehrpersonentherapie.*

Ein System, dem ein individuumzentriert behandelter Patient zugehört, kann nicht bleiben, wie es war, wenn er erfolgreich behandelt worden ist. Hat er sich während einer längeren Therapie allmählich gewandelt, war das Familiensystem ständig mitbetroffen. Häufig wird eine gestörtes System durch die psychotherapeutische Veränderung eines seiner Mitglieder (während seinem vorübergehenden Aufenthalte in einem System mit dem Therapeuten) in ein neues, harmonisches Gleichgewicht gebracht, manchmal aber wird ein bestehendes Gleichgewicht auch in Frage gestellt, wenn die anderen Mitglieder widerstreben, sich zu verändern. Entweder macht dann der Betreffende seine Wandlung rückgängig, um seine «systemische Heimat» nicht zu verlieren oder er wird nicht mehr in das System oder die Systeme aufgenommen, in die er zuvor eingebunden war. In diesem Fall muss er sich daraus lösen, einen neuen Partner, neue Freunde oder neue Mitarbeiter suchen. Die Häufigkeit, mit welcher auch der Partner eines Patienten, der sich psychoanalytisch behandeln ließ, seinerseits einen Psychoanalytiker aufsucht, hat mit diesen Verhältnissen zu tun. Die Möglichkeiten solcher sozialer Folgen hat auch ein Therapeut, der individuumzentriert behandelt, zu bedenken.

Bestimmte Interventionen haben sich bei systembezogener Mehrpersonentherapie, zum Teil auch bei systemisch orientierter Einzeltherapie bewährt. Ich erwähne *Anleitungen zu konstruktiver Kommunikation.* Zwischen Familientherapie und ⇗Kommunikationstherapie besteht eine enge Beziehung. – Ich erwähne *zirkuläre Fragen* («Was glaubst du, daß deine Mutter über deinen Vater denkt, wenn er so sinnend vor sich hin blickt?»). – Ich denke an

Verhaltensverschreibungen («Hausaufgaben»), insbesondere *Symptomverschreibungen*, bei denen die Betreffenden erfahren, dass sie die Symptome besser «in der Hand haben», als sie dachten («Inszenieren Sie bitte jeden Dienstag über Mittag einen Ehekrach, wie sie einen solchen mir beschrieben haben; merken Sie sich genau, wie alles abläuft, damit Sie es nachher aufschreiben und mir berichten können!»). – *Umdeutungen* können die Beziehung zwischen den Familienmitgliedern deutlich verändern («Sie nehmen an, Ihr Vater wolle Ihnen übel, weil er dagegen ist, dass Sie heiraten? – Er muss Sie sehr gerne haben, daß er sie keinem anderen Mann gönnen mag.» – Siehe auch das erste familientherapeutische Beispiel). – Die *Familienskulptur* ist ein Verfahren, auf Grund dessen der Therapeut und die anderen Familienmitglieder sehen, wie eines unter ihnen die Konstellation in der Familie wahrnimmt. Meistens wird ein Mitglied, das nicht im Mittelpunkt des Konfliktes steht, damit beauftragt. Es stellt auf einer Bühne oder einem freien Platz die Familienmitglieder so auf, wie sie nach Nähe und Ferne zueinander stehend wahrgenommen werden. Es ist auch möglich, dominierende Mitglieder auf Schemel oder Stühlen höher zu stellen, als die anderen. Die Zuwendung oder Abwendung kann dargestellt werden, vielleicht auch noch Gebärden. Das Bild, dass das betreffende Mitglied hat, wird so eindrücklich konkret sichtbar. Es besteht zusätzlich für den Therapeuten die Möglichkeit, durch Vorschläge zur Änderung einer Skulptur «direktiv und verändernd auf familiäre Beziehungsmuster und Verhaltenssequenzen einzuwirken» (Simon und Stierlin 1984, Stichwort «Familienskulptur» – siehe auch das zweite familientherapeutische Beispiel). – Es gibt auch ernsthaft ausgesprochene *ironische Interventionen* (zu einer 22 jährigen Studentin, die von den zerworfenen Eltern immer wieder als Richter eingesetzt wird, was die Eheschwierigkeiten eher aufrecht erhält als zu konstruktiven Auseinandersetzungen zu führen: «Sie sind den Eltern offensichtlich wichtig. Zum Glück kamen Sie nie auf den Gedanken, ein eigenes Zimmer auswärts zu beziehen»).

4. Literaturempfehlung

Als weiterführend empfehle ich von Arist v. Schlippe, *Familientherapie im Überblick*, Taschenbuch bei Junfermann, Paderborn, 1984/[7]1988 (120 Seiten), neue Auflage als Taschenbuch 1995; dann als ausführliches Glossar zur Familientherapie von Fritz B. Simon und Helm Stierlin, *Die Sprache der Familientherapie,* Klett-Cotta, Stuttgart, 1984 (420 Seiten), neue Auflage unter Mitarbeit von Ulrich Clement, 2003.

SCHEMATHERAPIE

nach Jeffrey E. Young

Ich verzichte auf eine Entwicklungsgeschichte des Schema-Begriffes in der Philosophie und später der Psychologie, in die er im letzten Jahrhundert durch amerikanische Autoren und den Genfer Jean Piaget eingeführt worden ist. In der Schematherapie nach Young hat der Begriff Schema dieselbe Bedeutung, die ihm in einem deutschsprachigen Wörterbuch der Psychotherapie gegeben wird. Demnach sind Schemata «relativ stabile, bewusste oder unbewusste Grundannahmen, die Informationsverarbeitung und Verhalten steuern. Sie sind ziel- und handlungsorientiert, von Emotionen begleitet, und führen zu charakteristischen Kognitionen. Sie entstehen vielfach auf frühen Altersstufen durch Interaktionen des Kindes mit relevanten Beziehungspersonen.» Dysfunktionale Schemata führen «zu falschen Grundannahmen bezüglich relevanter Selbst- und Lebensbereiche und damit zu unangemessenen Verarbeitungs- und Verhaltensmustern» Solche «liefern einen wichtigen Beitrag zur Entstehung psychopathologischer Auffälligkeiten» (Schuch 2000). – In Übereinstimmung sind Schemata nach einem englischsprachigen psychologischen Wörterbuch Vorstellungen [mental representations], die das Verständnis begründen für das, was jemand erlebt, indem sie sich auf frühere Erlebnisse beziehen. Sie fördern [facilitate], aber verfälschen [distort] manchmal auch «Wahrnehmung, Erkenntnis, Schlussfolgerung oder Deutung neuer Informationen durch Einordnung in vorbestehendes Wissen» (frei nach Colman 2001).

Der Begründer der Schematherapie, Jeffrey Young, unterscheidet begrifflich nicht wie andere Autoren kognitive, affektive, motivationale, instrumentelle, kontrollierende Schemata (Beck, A. u. Mitarb. 1990/^{2}2004, – 1990, S.29; 2004, p.27f.

1. Zusammenfassung

Schemata bestimmen unsere gewohnheitsmäßige Haltung gegenüber uns selbst und/ oder gegenüber anderen Menschen, denen wir begegnen, und/oder gegenüber dem Leben als solchem. Sie sind Folgen von früheren Erfahrungen. Die Schematherapie befasst sich mit *dysfunktionellen Schemata*, also existentielle Annahmen, welche die Realität verkennen. Sie sind im allgemeinen Folgen von Erlebnissen in der frühen Kindheit, werden dann aber rigide aufrecht erhalten, obgleich sie später nicht mehr der Realität entsprechen und verhindern, ein erfülltes Leben zu führen.

Nehmen wir an, eine Tochter wachse unter der Einwirkung einer überbeschützenden und bestimmenden Mutter auf und bilde bedacht oder unbedacht die Annahme, Überzeugung oder Erwartung aus: «Ich werde ohne Hilfe nicht durch's Leben kommen!», das dysfunktionelle Schema «Abhängigkeit». Dabei können angeborene Eigenheiten der Tochter und kulturgebundene Auffassungen das Aufkommen dieser Annahmen oder Erwartungen unterstützen. Die Betreffende wird von der Mutter abhängig bleiben, solange diese lebt oder solange die Betreffende nicht einen Partner gefunden hat, der, seinerseits gerne alle wichtigen Entscheidungen für sie fällt. Ohne sie oder ihn kommt sie sich völlig hilflos vor (Young: «dem

Schema ausgeliefert»). Es ist aber auch möglich, dass die Betreffende mit der Zeit alle Situationen meidet, in denen von ihr selbständige Entscheidungen zu erwarten wäre, z.B. auch nicht Auto fahren lernt (Young: «Reaktion der Vermeidung»). Es ist schließlich auch möglich, dass sie ihre Neigung zu Abhängigkeit abwehrt und demonstrativ alles allein entscheidet und auch dann, sich nicht um Ratschläge oder Hilfe an andere wendet, wenn dies durchaus sinnvoll wäre (Young: «Reaktion der Überkompensation»).

Störungen des Erlebens und Verhaltens und Persönlichkeitsstörungen werden in der Schematherapie auf solche dysfunktionelle Schemata zurückgeführt. Die Schematherapie besteht darin, die Patienten auf ihre dysfunktionellen Schemata, allenfalls auch auf Vermeidungen und Überkompensationen, aufmerksam zu machen und sie anzuleiten. das dysfunktionelle Schema zu korrigieren.

Eine Schwierigkeit besteht darin, dass solche Patienten häufig ein Verhalten zeigen, das als Beweis angesehen werden kann, dass das dysfunktionelle Schema zutrifft. In diesem Sinn ist möglich, dass unsere Patientin gerade dann falsch entscheidet, wenn sie einmal ohne Hilfe eine Entscheidung trifft, gleichsam als Bestätigung, dass sie nicht fähig ist, ohne Hilfe durch's Leben zu kommen.

Meines Erachtens besteht die Möglichkeit, dass Schemata, die wir innerhalb unserer Kultur als dysfunktionell auffassen, in einer anderen Kultur als funktionell angesehen werden.

2. Jeffry E. Young, der Begründer der Schematherapie

Young arbeitet als Psychologe an der Fakultät der Abteilung für Psychiatrie der Columbia University. Er ist Gründer und Leiter von Zentren für kognitive Therapie in New York und Connecticut sowie des Schematherapie-Instituts. Young hat als Schüler von Aaron Beck weltweit Kognitiven Therapie gelehrt. Er ist Begründer der Schematherapie. Diese hat er zur Behandlung von abnormen Persönlichkeiten entwickelt, weil ihn die Erfolge der «klassischen» Kognitiven Therapie bei solchen nicht befriedigt hat. Nachträglich allerdings bewährte sich ihm die Schematherapie auch bei Symptomneurosen und anderen Störungen des Erlebens und Verhaltens. Es handelt sich bei der Schematherapie um eine Fortentwicklung der Kognitiven Therapie. Veröffentlicht hat Young seine Erfahrungen mit Schematherapie, erstmals 1990, gleichzeitig übrigens wie auch sein Lehrer Aaron Beck mit Mitarbeitern über seine Erfahrungen mit Persönlichkeitsstörungen ein Buch veröffentlichte. Die letzte Neubearbeitung des Buches von Young, auf die sich auch meine folgenden Ausführungen stützen, erschien, mitverfasst durch Mitarbeiter, im Jahr 2003 unter dem Titel *Schema Therapy, a Practitioner's Guide*, New York/London: Guilford Press (dt. *Schematherapie – Ein praxisorientiertes Handbuch*, Junfermann, Paderborn, 2005).

3. Beispiele

3.1 Erstes Beispiel: Daniel

(sehr frei und gekürzt nach Young u. Mitarb. 2003, p.101-107/S.143-149; p.125-129/S.170-174; p.137-140/S.183-187)

Daniels langfristiges Therapieziel ist, eine gute intime Beziehung zu einer Frau aufzubauen, was er nicht fertigbringt. Er ist 35 Jahre alt und alleinstehender Vater eines noch jungen Sohns. Vor fünf Jahren hat er sich von seiner Frau getrennt, nachdem er entdeckt hatte, daß sie insgeheim Affären mit anderen Männern unterhielt. Seither war er ohne Partnerin und hatte nur mit seinem Sohn zusammengelebt.

Aus dem Bericht über seine Kindheit ergibt sich, dass sei Vater, ein Alkoholiker war und sich abends in Bars in der Nachbarschaft herumtrieb, Daniel kann sich daran erinnern, daß er schon als kleines Kind abends allein durch die Stadt ging, um seinen Vater nach Hause zu holen. Während der Vater sich betrank, vergnügte Daniels Mutter sich zuhause mit ihren Liebhabern: Sie betranken sich auch und hatten im Beisein von Daniel Sex. Hatte die Mutter einmal keinen Liebhaber zur Verfügung, zeigte sie ihrem Sohn auf sexuell provozierende Weise ihren nackten Körper unter dem Vorwand, sie wolle ihn sexuell aufklären. Die Mutter misshandelte ihn auf diese Weise emotional und verbal.

Aus dieser Vorgeschichte vermutet der Therapeut die Wirkung zweier dysfunktioneller Schemata des erwachsen Gewordenen. Das erste auf Grund des Verhaltens der Mutter: «Andere – in diesem Fall besonders Frauen – nützen mich aus und ich bin ihrnen ausgeliefert!». Da er in der Kindheit von den Eltern hinsichtlich seiner Bedürfnisse nach Geborgenheit offensichtlich vernachlässigt worden ist, könnte ein zweites dysfunktionelles Schema lauten: «Meine Sehnsucht nach Geborgenheit und Sicherheit wird nie erfüllt werden!» und vielleicht noch als Schlussfolgerung des Kindes: «So wie ich bin, bin ich nichts wert!»

3.1.1 Eine erste Episode aus der Behandlung von Daniel

Therapeut: Ich möchte Sie jetzt gern zu einem Dialog anregen zwischen Ihrer Schemaseite, die das Gefühl hat, daß man Frauen nicht vertrauen kann und daß sie Sie nicht attraktiv finden werden, und Ihrer gesunden Seite, die noch schwach ist, die wir aber stärken wollen. – Ich werde Sie also bitten, hin und her zu wechseln. Stellen Sie sich nun vor, daß Sie auf der Tanzveranstaltung sind und tatsächlich eine Frau sehen, die Ihnen gefällt. Seien Sie nun die Schemaseite. – Daniel *(als die Schemaseite)*: Sie sieht so aus, als ob sie sehr nett wäre-, aber ich glaube nicht, daß sie für mich die richtige ist. Wahrscheinlich bin ich ihr nicht gewachsen, entweder intellektuell oder emotional. Wahrscheinlich ist sie viel reifer als ich. Außerdem ist sie wohl hinter einem dieser anderen Burschen her, und die werden sie vermutlich ohnehin vor mir auffordern. – Therapeut: Gut, seien Sie nun die gesunde Seite, die wir aufzubauen versuchen, und lassen Sie diese antworten. Formulieren Sie ans dieser Position eine Antwort an die Schemaseite. – Daniel *(als die gesunde Seite)*: Fälle nicht so schnell ein Urteil! Du hast viele gute Eigenschaften, die dieser Frau wahrscheinlich sehr gefallen würden. Du hast ein klares Wertesystem, du kennst Grenzen, du kannst zulassen, daß sie eine eigenständige Person ist, du bist ganz sicher sensibel für die Probleme von Frauen, wahrscheinlich würde sie dich sehr mögen. – Therapeut: Kehren Sie nun zur Schemaseite

zurück. – Daniel *(als die Schemaseite)*: Frauen kann man nicht vertrauen. Sie sind unvernünftig und unberechenbar, und es wäre schwierig, herauszufinden, was zu tun das Beste ist. Ich glaube nicht, daß du das schaffen würdest. – Therapeut: Okay, seien Sie jetzt die andere Seite! – Daniel *(als die gesunde Seite)*: Frauen sind Menschen wie Männer auch. Sie können sehr vernünftig sein, und es ist sehr schön, mit ihnen zusammen zu sein. – Therapeut: Versuchen Sie, in Ihrer Antwort zwischen Ihrer Mutter und anderen Frauen zu unterscheiden. –Daniel *(als die Schemaseite)*: Meine Mutter hat mir gezeigt, dass Frauen mir übel wollen. Die Frauen hier sind so wie alle Frauen. Frauen sind wie meine Mutter, und es geht ihnen einzig und allein darum, mich zu benutzen und zu missbrauchen. Genau das wird mir passieren. Letztendlich wirst du benutzt oder missbraucht werden. – Therapeut: Seien Sie jetzt die gesunde Seite! – Daniel *(als die gesunde Seite)*: Es stimmt nicht, daß alte Frauen wie deine Mutter sind, und auch nicht, dass alle Frauen Männer benutzen, missbrauchen und misshandeln. Frauen sind weder völlig schlecht noch völlig gut. Sie sind wie alle Menschen; sie haben gute und schlechte Seiten.

Therapeut und Patient fassen die Erkenntnis, die sich dem Patienten aus diesem Dialog ergibt, schriftlich zusammen. Der Patient soll diese Zusammenfassung mit sich führen und lesen, wenn sich ihm eine Gelegenheit ergibt, sich einer sympathischen Frau zu nähern:

«Schriftliche Gedächtnisstütze» für Daniel

«Im Moment fühle ich mich zu nervös, um mich einer Frau zu nähern, weil ich daran zweifle, daß sie mich attraktiv finden würde und daß ich fähig wäre, mich ihr liebend zuzuwenden. Außerdem bin ich nicht sicher, ob sie redlich und vertrauenswürdig ist. – Aber ich weiß, daß das so ist, weil meine Schemata „Minderwertig" und „Ausgeliefert" ausgelöst worden sind. Diese gründen sich auf den Gefühlen, die ich meiner Mutter gegenüber hege, und haben nichts mit meinem Wert oder mit der Vertrauenswürdigkeit dieser Frau zu tun. In Wahrheit bin ich ein sehr warmherziger Mensch und durchaus in der Lage, herzlich und liebevoll zu sein, beispielsweise bin ich meinem Sohn gegenüber sehr warmherzig. Außerdem können Frauen sehr vernünftig und vertrauenswürdig sein, genauso wie Männer.» – Deshalb darf ich mich dieser Frau zuwenden, «auch wenn ich mich dabei nervös fühle, denn nur so kann ich erreichen, daß meine emotionalen Bedürfnisse erfüllt werden».

3.1.2 Eine zweite Episode aus der Behandlung von Daniel

Therapeut: Schließen Sie ihre Augen und denken Sie sich in ihre Kindheit zurück. Eine Szene mit Ihrer Mutter! – Daniel (*nach einiger Besinnung*): Meine Mutter macht sich zurecht und färbt ihr Haar. Gewöhnlich verbringt sie Stunden mit dieser Art von Tätigkeit. Sie ist nackt und hat die Tür zum Badezimmer weit offen gelassen. Als sie mich sieht, steht sie auf und sagt, sie könne beweisen, daß sie blond sei – durch die Farbe der Behaarung ihres Genitalbereichs. – Therapeut: Was empfinden Sie, während sie diese Dinge sagt? – Daniel: Ekel und Verachtung. Sexuell erregt fühle ich mich dabei überhaupt nicht –Therapeut: Stellen Sie sich vor, Sie seien Ihre Mutter. Was sagen Sie? Daniel *(als seine Mutter)*: Es ist okay, wenn du mich anschaust, es könnte für dich sogar von Vorteil sein, denn dadurch lernst du ein bisschen was. Du musst nämlich was über Sex lernen. Tja, so sieht das aus. –Thera-

peut: Können Sie ihr sagen, was Sie in diesem Moment von ihr brauchen würden? Versuchen Sie sich im Rahmen dieses inneren Bildes vorzustellen, daß Sie ihr als Kind sagen, was Sie von ihr brauchen! – Daniel *(als Kind* zu *seiner Mutter)*: Ich möchte, dass du für mich da bist und mir hin und wieder hilfst, mit meinen Problemen fertig zu werden. Ich brauche dich nicht dafür, daß du tust, was du immer tust. Ich brauche dich als Mutter, als verständnisvolle und liebevolle Mutter, an die ich mich wenden kann. – Therapeut: Was antwortet sie? – Daniel *(als seine Mutter)*: Wir alle haben Probleme, und ich habe mehr davon als du. Du solltest glücklich sein, daß du ein Zuhause hast, wo du leben kannst. – – – Therapeut: Seien Sie jetzt ein anderer Daniel, einer, der wütend auf seine Mutter ist, weil sie ihn so schlecht behandelt. – – – Was geht vor? – Daniel: Ich schreie sie an. – Therapeut: Ich höre nichts! – Daniel *(laut)*: Du bist nichts als eine gottverdammte Schlampe und ein Miststück! Ich hasse dich! Ich wünschte mir, ich hätte eine andere Frau als Mutter. Ich habe einen Vater, mit dem nichts anzufangen ist, und mit dir komme ich auch nicht zurecht. –Therapeut: Die Mutter sagt: Ich muss an mich selbst denken, dein Vater tut das nicht. – Daniel: Das ist doch sowieso das einzige, was du tust: an dich selbst denken. Ständig werkelst du an deinem verdammten Make-up und an deinen ekelhaften Haarfärbemitteln herum, und ansonsten denkst du nur an Männer. Und zu allem Überfluss muss ich diesen ganzen Scheiß auch noch mitansehen. Das ekelt mich an, und ich bin es leid! Ihr beide ekelt mich an. Wenn ich eine Möglichkeit hätte, zu verschwinden, wäre ich nicht mehr hier.

3.1.3 Eine dritte Episode aus der Behandlung von Daniel

Therapeut: Halten Sie die Augen geschlossen. Stellen Sie sich vor, daß sie sich wieder auf einer Tanzveranstaltung befinden, auf der auch alleinstehende Frauen sind, die vielleicht Lust hätten, Sie kennen zu lernen. Sie betreten gerade den Raum. Können Sie sich vorstellen, in einer solchen Situation zu sein? – Daniel: Ich fühle mich sehr unwohl. Am liebsten würde ich auf der Stelle zur Tür gehen und verschwinden. – Therapeut: Warum wollen Sie jetzt gehen? – Daniel: Ich habe nicht das Gefühl, daß ich genügend Selbstvertrauen habe, um ein Gespräch zu beginnen, und den Punkt zu erreichen, an dem eine Frau mich so mögen könnte, daß sie sich mit mir verabredet. – Therapeut: Warum sollte eine Frau Sie nicht mögen? – Daniel: Hm, weil ich, wissen Sie, ich bin einfach kein besonders liebenswerter Mensch. Ich bin nicht liebenswert. – – – Therapeut: Versuchen Sie sich vorzustellen, daß Sie Frauen ansprechen, und sagen Sie mir, was Sie sehen. – – – – – Daniel: Ich gehe zu einem Tisch und frage eine Frau, ob ich mich zu ihr setzen und mit ihr reden kann, und sie sagt: „Okay". Dann reden wir über die Veranstaltung und über die Musik. – Therapeut: Wie fühlen Sie sich? – Daniel: Ich fühle mich nervös. Ich habe das Gefühl, ich kann nicht ich selbst sein. Ich muss versuchen, mehr «herzumachen», als ich hin, und bei dem Gespräch unbedingt alles richtig machen, daß auf keinen Fall der Faden reißt und eine Schweigepause entsteht. – Therapeut: Können Sie das laut zu ihr sagen, auch wenn Sie das natürlich normalerweise nicht tun würden? –Daniel (*in der Phantasie zur Frau)*: Ich fühle mich unwohl, weil ich das Gefühl habe, daß ich nicht so sein kann, wie ich wirklich hin – weil Sie mich, wenn ich so wäre, wie ich bin, vielleicht nicht mögen würden. – Therapeut: Was sagt die Frau zu Ihnen? –

– – Daniel: Sie sagt, sie fühle sich genauso. –Therapeut: Erzählen Sie ihr etwas über Ihre Wut auf Frauen. – Daniel: Und wegen ein paar Dingen, die ich in meiner Kindheit mit meiner Mutter erlebt habe, habe ich eine ziemliche Wut auf Frauen. – Therapeut: Wie reagiert sie? – – – – Daniel: Sie sagt mir, sie habe auch Dinge erlebt, deretwegen sie Wut auf Männer haben könnte. – Therapeut: Wie fühlen Sie sich, nachdem sie das gesagt haben? – Daniel: Etwas entspannter. Ein wenig erleichtert, weil sie mir gegenüber ehrlich ist. – Therapeut: Seien Sie der Teil, der ihr gegenüber misstrauisch ist. Ich möchte hören, was diese Seite sagt. – – – Daniel: Ich habe Angst, daß du mich einfach nur benutzen wirst. Wenn wir uns entschließen, zusammen auszugehen, wirst du dich von mir zum Essen einladen lassen, und danach höre ich nichts mehr von dir, und du willst nichts mehr mit mir zu tun haben. Ich bin misstrauisch, weil ich befürchte, daß du nur mit mir ausgehst, bis du einen Besseren findest. Ich habe Angst, daß du mich ausnutzen wirst. – Therapeut: Was sagt sie? – Daniel: Sie sagt: Red' keinen Unsinn. Ich mag dich. – Therapeut: Sie können die Augen jetzt wieder öffnen. – Wie haben Sie sich gefühlt? – Daniel: Ich hatte das Gefühl, daß es eine gute Übung war, mich in eine Situation mit anderen Menschen zu versetzen. – Therapeut: Sind das die Gefühle, von denen Sie meinen, dass sie in solchen Situationen auftauchen? Die Gefühle, die Sie davon abhalten, sich Frauen wirklich zu nähern? – Daniel: Ich glaube, ja. Und die Vorstellung, ehrlich zu sein, auch wenn es mich verletzlicher macht. Mir wird allmählich klar, daß das einer der wichtigsten Punkte ist, an denen ich arbeiten muss. – Therapeut: Und Sie spüren soviel Ärger und Furcht, daß Sie es eher nicht tun, weil Sie fürchten, entweder abgewiesen oder benützt zu werden? – Daniel: Ja. – Therapeut: Deshalb verbergen Sie sich stattdessen und schützen sich. – Daniel: Genau.

3.2 Zweites Beispiel: Annette

(sehr frei zusammengefasst nach Young u. Mitarb. 2003, p.279-304/S.347-374)

Annette ist 26 Jahre alt. Sie ist alleinstehend, lebt in einem Apartment in Manhattan und arbeitet als Empfangsdame. Zu Beginn der Therapie bezeichnete sie Depression und Alkoholmissbrauch als ihre größten Probleme. Außerdem berichtet sie über Probleme in Beziehungen und im Beruf: Sie hat von einer Beziehung und beruflichen Anstellung zur anderen gewechselt, und es ist ihr schwergefallen, sich die Disziplin aufzuerlegen, in ihrem Beruf Dinge zum Abschluss zu bringen. Sie hat eine Affäre mit einem verheirateten Mann gehabt, diese allerdings abgebrochen und geht nun mit einem Mann aus, der zwar zuverlässig und liebevoll ist, sie aber langweilt: «Ja, er ist zuverlässig und normal, und ich verliere das Interesse an ihm.»

Aus der Kindheit berichtet sie, dass ihr Vater für sie und ihre Mutter bedrohliche Wutanfälle hatte. Sie versuchte schon als Kind ihre Mutter zu trösten und zu beschützen. Es bestand also ein sogenannt «umgekehrtes Kind-Mutter-Verhältnis». Auf Grund dieser Kindheitsgeschichte ist zu vermuten, es könnte bei ihr als Erwachsene wegen des Erlebens der bedrohlichen Wutanfälle des Vaters das dysfunktionelle Schema «Ausgeliefert!» wirksam sein. Weil sie ihre Mutter schon als Kind schützte, statt bei ihr Schutz zu finden zu dem das dysfunktionelle Schema «Selbstloser Helfer» und wie bei Daniel «Bei niemandem werde ich

je Geborgenheit und Schutz finden!». Auf das Leben eines Erwachsenen bezogen ist die Formulierung treffender: «Niemand wird mich je emotional verstehen!». Da Annette einen ausgesprochen vernünftigen, von den Verhältnissen in der Kindheit unbeeindruckten und betont unsentimentalen Eindruck macht, ist aus psychotherapeutischer Erfahrung anzunehmen, sie trinke, um Emotionen zu betäuben.

Annette ist in der Behandlung bei der Psychotherapeutin Rachel klar geworden, daß sie keine emotionale Verbindung zu anderen Menschen hat und daß sie durch das Trinken und durch häufige Partybesuche ihre Gefühle zu überdecken und ihre Leere auszufüllen versucht. Sie hat durch die bisherige Arbeit zwar ein besseres Selbstgewahrsein entwickelt, ist aber immer noch depressiv, und phasenweise verfällt sie wieder in den Alkoholmissbrauch. Mit anderen Worten: Die Reaktion der Vermeidung auf die dysfunktionellen Schemata ist bei Annette so stark, daß sie nicht in der Lage ist, sich Gefühle der Verletztheit, die vermutlich seit Kindheit in ihr motten, aber durch Härte überspielt werden, einzugestehen. Sie überkompensiert, wie in der Schematherapie gesagt wird, ihre dysfunktionellen Schemata durch Stärke und Unterdrückung von Emotionen: «harte Annette» statt «verletzliche Annette». Hier scheint die Therapeutin Rachel nicht weiter gekommen zu sein. Young übernimmt die Behandlung in Anwesenheit von Rachel. Er möchte, dass Annette einen Zugang findet zu ihrem verletzten Kind.

Es ist nach den Autoren nun ein Risiko, eine sogenannte Überkompensation – «harte Annette» statt «verletzter Annette» – gleich zu Beginn der Behandlung durch eine Imagination gleichsam «gewaltsam» zu durchbrechen. Es kommt dies bei «fragilen» Patienten wie z.B. bei solchen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung oder solchen, die ein schweres Trauma oder Missbrauch erlebt haben, nicht in Frage. Eine forschere Vorgehensweise darf jedoch bei geringer gestörten Patienten gewagt werden, wie bei Annette. Bei ihr weist nichts darauf hin, daß die Gefahr einer schwerwiegenden Dekompensation besteht, Sie hat auch keine entsprechende Vorgeschichte hat. Ich [L.S.] fomuliere von mir aus psychoanalytisch: Es muss die Gewissheit bestehen, dass die Patientin ein verhältnismäßig «starkes Ich» hat.

Therapeut: Ich werde Sie jetzt auffordern, die Augen zu schließen und fünf Minuten geschlossen zu halten. – – Okay. Wenn Sie sie nach fünf Minuten wieder öffnen wollen, ist das völlig in Ordnung. Stellen Sie sich mit geschlossenen Augen ein Bild der «kleinen Annette» vor, das Bild aus Ihrer Erinnerung, auf dem sie am jüngsten ist. Versuchen Sie einfach, sich vorzustellen, wie Sie sich als kleines Kind sehen. Als solches brauchen Sie nichts zu tun. Stellen Sie sich einfach ihr Gesicht oder ihren Körper vor. Entwickeln Sie irgendeine Vorstellung von dem Kind; wenn Sie sich keine lebende Person vorstellen können, reicht auch ein Foto. – Annette: Ich sehe ein Mädchen, das vielleicht fünf Jahre alt ist. – Therapeut: Wo ist die «kleine Annette» im Moment? Können Sie das feststellen? – Annette: Zu Hause in ihrem Schlafzimmer. – Therapeut: Ist sie allein? – Annette: Ja. – Therapeut: Ich möchte, daß sie als die «erwachsene Annette» mit der «kleinen Annette» sprechen, sie fragen, wie sie sich fühlt, und mir dann sagen, was sie gesagt hat. – Annette: Sie ist nervös. Sie hat Angst, weil Ihr Vater einen Wutanfall hat. Er schlägt die kleine Annette oder ihre Mutter zwar nicht, aber er brüllt ziemlich oft. – Therapeut: Wovor hat sie Angst? – Annette: Sie hat Angst, daß

er jemanden verprügeln oder umbringen könnte. – Therapeut: Deshalb versteckt sie sich in ihrem Zimmer, damit sie sicherer ist. Können Sie jetzt die Mutter der «kleinen Annette» in den Raum eintreten lassen und mir dann sagen, was dort geschieht? – Annette: Ihre Mutter ist aufgewühlt und verängstigt. – Therapeut: Und wie fühlt sich die «kleine Annette», wenn sie ihre Mutter so verängstigt und aufgebracht sieht? – Annette: Sie hat auch Angst. – Therapeut: Dann haben sie zusammen Angst und hätten gerne jemand, der sie beschützt? – Annette: Ja. – Therapeut: Was geht der kleinen Annette durch den Sinn? Sagen Sie mir, was ihr durch den Kopf geht, während sie sieht, wie verängstigt ihre Mutter ist. – Annette: Sie hat das Gefühl, daß sie ihrer Mutter helfen will. –Therapeut: Sie muss also ihrer Mutter gegenüber so tun, als ob sie stark wäre und alles im Griff hätte, damit die Mutter nicht merkt, daß sie Angst hat. – Annette: Ja. Sie möchte nicht, daß die Mutter sich aufregt. – Therapeut: Stellen Sie sich jetzt Rachel vor, einfach Rachel!. Rachel und die kleine Annette, niemand sonst. – – – Kann die kleine Annette zu Rachel sagen, dass sie Angst hat und der Mutter zuliebe „stark" spiel? – Annette: Nein! – Therapeut: Warum nicht? – Annette: Ich weiß nicht, ich kann es einfach nicht. – Therapeut: Ich übernehme die Rolle von Rachel. – – – (als Rachel) «Annette, weißt du, es ist verständlich, daß du dich jetzt fürchtest, wo deine Eltern streiten und dein Vater so wütend ist; und du hast das Recht, jemanden für dich zu haben, der stark ist und sich um dich kümmert, jemanden, dem du wichtig bist und der dir zuhört, dich umarmt und für dich sorgt. Du hast darauf in diesem Augenblick ein Recht, und ich würde das gern für dich tun, soweit ich als Therapeutin dazu in der Lage bin. Ich glaube nämlich, daß du noch nie jemanden gehabt hast, der das für dich getan hat. Wenn du in der Lage bist das zuzulassen, brauchst du dich nicht ständig so hart zu machen, denn dann sorgt hin und wieder jemand anderes für dich.» – Was empfindet die «kleine Annette», wenn ich das sage? – Annette: Warum hat sie all das verdient? – Therapeut: Ich werde wieder Rachel sein: «Weil du ein gutes Mädchen bist. Du gibst dir solche Mühe, allen zu helfen. Du bist ein sehr liebenswertes Mädchen, ein sehr nettes Mädchen. Du bemühst dich, den anderen in deiner Familie zu helfen und deine Mutter zu beschützen. Du hast es verdient, daß sich jemand um dich kümmert und daß du gut behandelt wirst, und du verdienst es, selbst geliebt zu werden. Jedes Kind verdient das, und du bist noch dazu ein besonders gutes Kind.» – Annette: Vielleicht bin ich ja gar nicht so gut. Vielleicht bin ich schlecht. – Therapeut: Ich sage als Rachel: «Wenn du schlecht wärest, würdest du dir keine so große Mühe geben, deine Mutter zu schützen. Wenn du egoistisch wärest, würdest du nur an dich denken. Du würdest dann alles bekommen, was du selbst brauchst, und das wär's. Aber so ist es nicht. Du opferst dich auf für sie, um sie zu beschützen. So verhält sich nur ein sehr sensibles und mitfühlendes Kind. Deshalb glaube ich einfach nicht, daß du ein schlechtes Kind bist. Vielleicht ist eine Seite von dir etwas verzogen – die Seite, die zum Ausdruck gelangt, wenn du Dinge bekommst, die man kaufen kann; aber wenn es um Gefühle geht, bist du überhaupt nicht egoistisch. Du opferst dich sogar für andere auf. Genau genommen bist du emotional betrogen worden. Du hast nicht bekommen, was du verdient gehabt hättest.» – Was empfinden Sie jetzt? – Annette: Ich verstehe nicht, was das soll mit dieser Zuneigung und mit dem Reden über die eigenen Gefühle. Warum ist das so wichtig – wissen Sie, was ich meine? – Therapeut (als

Rachel): Ein kleines Kind darf auch Angst haben. Jedes Kind braucht es, umarmt und geküsst zu werden und daß ihm jemand zuhört und es respektiert. Das sind Bedürfnisse, die jedes Kind hat. – Als «gesunder Erwachsener» wissen wir, dass wir so geboren sind, und der einzige Grund, weshalb du das Gefühl hast, es nicht zu verdienen, ist, daß du es nicht bekommen hast. Aber wir alle brauchen es. Und du bist hart geworden, weil du keinerlei Möglichkeit gesehen hast, es zu bekommen. Aber tatsächlich weißt du, daß du es eben so sehr brauchst wie ich. Du hast nur Angst, das zuzugeben, weil du glaubst, es gebe für dich keine Möglichkeit, es jemals zu bekommen. – Annette: Es ist ein Defekt, so vieles nötig zu haben. – Therapeut: Das gehört zur menschlichen Natur. Jeder Mensch ist so. Haben Sie schon einmal ein kleines Kind gesehen, das nicht wollte, daß man ihm hilft, oder das es nicht nötig hatte und genoss, gehalten zu werden? Meinen Sie, daß jedes Kind, das gehalten werden möchte, einen Defekt hat? Hat jedes Kind einen Defekt, weil es gehalten werden möchte? – Können Sie jetzt die «kleine Annette» sein und Ihrer Mutter sagen, was Sie von ihr brauchen? Können Sie das laut aussprechen? – Annette: «Ich brauche es, in den Arm genommen zu werden.» – Es macht mir Angst, das zu sagen. – Therapeut: Wie reagiert Ihre Mutter, wenn Sie sagen, daß Sie es brauchen, von ihr umarmt zu werden? – Seien Sie jetzt Ihre Muitter. – Annette: Sie würde gar nichts sagen. Wahrscheinlich würde sie mich nur anschauen. – Therapeut: Und sagen Sie mir, was Ihnen durch den Kopf geht, während Ihre Mutter Sie so anschaut. – Annette: Sie denkt wahrscheinlich: Warum braucht sie eine Umarmung? Ich bin doch diejenige, die den ganzen Ärger hat. Weshalb braucht sie es, in den Arm genommen zu werden? – Therapeut: Sind Sie wütend auf Ihre Mutter, weil sie das gesagt hat? – Annette (*dezidiert*): Ja. – Therapeut: Lassen Sie die «kleine Annette» auf Ihre Mutter wütend werden, weil sie das gesagt hat. – – Sie könnten beginnen mit: Ich bin erst fünf Jahre alt. – Annette: (*lacht*): Hmm, ich weiß nicht. Also: Ich bin erst fünf Jahre alt. Ich brauche jemanden, der sich um mich kümmert." – – Therapeut: Sagen Sie ihr, was für eine Art von Zuwendung Sie nötig haben. In den Arm genommen zu werden? – Annette: Ja, das brauche ich. Ich möchte einen Menschen, der mir sagt, was er für mich empfindet. – Therapeut: Möchten Sie gelobt werden? – Annette: Tja. Ich denke schon. – Therapeut: Brauchen Sie jemanden, der für Sie stark sein kann, damit Sie sich nicht so viele Sorgen zu machen brauchen? – Annette: Die kleine Annette möchte einfach jemanden, der ihr sagt, daß sie wichtig sei.

Diese Episode der Therapie ist geprägt durch die Anwendung von «Schemamodi», ein Verfahren der Schematherapie, auf die deren Begründer Young bei schwierigen «Fällen», insbesondere Persönlichkeitsstörungen, besonders Wert legt. Dazu mehr weiter unten!

4. Weitere Ausfürungen zur Schematherapie

4.1 Die achtzehn frühen dysfunktionellen Schemata

Young und seine Mitarbeiter beschreiben achtzehn dysfunktionelle, sogenannt «frühen maladaptive Schemata», von denen sehr häufig bei einem Patienten mehrere gleichzeitig aktiviert sind, d.h. sein Erleben und Verhalten bestimmen, meistens eines besonders betont. Die dysfunktionellen Schemata werden von den Autoren in fünf Gruppen eingeteilt je nach-

dem auf welche Familienatmosphäre sie zurückgehen. Die Gruppeneinteilung und -umschreibung ist für mich nicht immer einleuchtend. Auch sonst sind gewisse psychologische Feststellungen der Autoren fraglich, allerdings in eher nebensächlichen Einzelheiten.

Die Kurzbezeichnung der einzelnen dysfunktionellen Schemata lassen nicht immer genau erkennen, wie sie die Schemata auffassen. Die kursiven Umschreibungen der dysfunktionellen Schemata sind von mir so formuliert, dass sie zu den konkreten Beispielen der Autoren passen.

Die eingehend umschriebenen achtzehn dysfunktionellen Schemata seien «durch die Erfahrung gut gestützt» (Young u. Mitarb. 2003, p.61/S.100). Es bleibt offen, ob sie ausschließend oder nur beispielhaft gerade achtzehn sein sollen. Meines Erachtens wäre es unsinnig zu behaupten, es fänden sich bei Patienten nur diese.

4.1.1 Erste Gruppe: Unverbunden und zurückgewiesen (Disconnection and Rejection)

Nach der ⇗Bindungstheorie von Bowlby gibt es ein allgemeinmenschliches Bedürfnis, Sicherheit, Zuwendung, Einfühlung (Empathie) bei einer Betreuungsperson zu finden. Bei den dysfunktionellen Schemata dieser Gruppe wird dieses Bedürfnis ungenügend oder nicht gestillt, d.h. die Betreuungspersonen in der Ursprungsfamilie sind distanziert, kalt, ablehnend, zurückhaltend, neigen manchmal zu explosiven Ausbrüchen oder gar Misshandlungen oder sie sind unberechenbar, unzuverlässig, nur sporadisch anwesend. Es besteht aber die Neigung, eben gerade Partner und Freunde zu wählen, die diesbezüglich unzuverlässig sind, dies– wie ich von mir aus sagen möchte – im Sinn dessen, was in der Psychoanalyse «Wiederholungszwang» genannt wird.

1. Im Stich gelassen (Abandonment/instability)

Annahme, von Nahestehenden im Stich gelassen zu werden oder nur unzuverlässig Zuwendung zu finden.

2. Vertrauensmissbrauch (Mistrust/Abuse)

Annahme, dass Vertrauen immer wieder missbraucht wird und dass niemandem zu trauen ist.

3. Emotionale Frustration (Emotional Deprivation)

Annahme, dass nie jemand sich mit Aufmerksamkeit, Zuneigung, Wärme sich dem Betreffenden zuwenden wird

4. Minderwertig (DefectivenessIShame)

Annahme, anderen immer unterlegen zu sein (Minderwertigkeitsgefühle), weil ich ... z. B. unerwünscht oder hässlich oder ungeschickt bin oder weil ich mich nicht beherrschen kann oder weil ich abwegiges sexuelles Begehren habe oder, wie ich (L.S.) beifügen möchte: ... weil ich es zu nichts gebracht habe!

5. Mangelndes Zugehörigkeitsgefühl (Social IsolationIAlienation)

Annahme, nirgends dazuzugehören. Wenn in einer Gruppe, dann ohne sich einzulassen.

4.1.2 Zweite Gruppe: Beeinträchtigung von Autonomie und Leistung (Impaired Autonomy and Performance)

Die Atmosphäre in der Familie, in der das Kind zu diesen dysfunktionellen Schemata geprägt worden ist, «hat das Selbstvertrauen des Kindes unterminiert, es in übertriebener Weise behütet oder versäumt, es zu kompetenten Leistungen außerhalb der Familie anzuregen» (p.14/S.45). – Die Autoren bringen hier offensichtlich mangelnde Autonomie, «Verstricktheit» [Enmeshment = Symbiose], für mich nicht eben einleuchtend, in einen psychologischen Zusammenhang mit mangelnder Leistungsfähigkeit. Wieso das Schema 7 zu dieser Gruppe eingeordnet wird, weiß ich nicht.

6. Abhängigkeit (Dependence/Incompetence)

Annahme, nicht allein für sich sorgen und Entscheidungen treffen zu können

7. Katastrophenerwartung (Vulnerabilitv to Harm or Illness)

Annahme, dass sich eine Katastrophe einstellen wird, sei es ein Herzinfarkt, Verrücktwerden, dass der Lift stecken bleibt oder ein Erdbeben u.a.!

8. In eine Symbiose eingebunden (Enmeshment/Underdeveloped Self)

Annahme, allein niemand zu sein, nach den Autoren im Extremfall: *«Habe ich überhaupt das Recht, auf der Welt zu sein?»*

Nach den Autoren manchmal mit dem Gefühl, von anderen erstickt zu werden oder mit ihnen verschmolzen zu sein oder ein Gefühl unzureichender Eigenständigkeit, also ein Leiden an der symbiotischen Eingebundenheit.

9. Versagen (Failure)

Annahne, immer zu versagen, sei es in der Schule, im Sport oder im Beruf oder wo auch immer.

4.1.3 Dritte Gruppe: Mangelnde Beschränkung (impaired Limits)

In der Kindheit herrschte eine Atmosphäre von Gewährung, übertriebener Nachsicht, Mangel an Disziplinierung und Grenzsetzung, Mangel an Forderungen, altersentsprechend Verantwortung zu übernehmen, Mangel an Ausrichtung auf Zusammenarbeit in der Verfolgung von Zielen, Manchmal wurden die Betroffenen als Kinder nicht dazu angehalten, ein gewisses Maß an Unbehagen zu ertragen, oder sie wurden nicht ausreichend beaufsichtigt und angeleitet (Young und. Mitarb. 2003, p.15/S.46).

10. Grandiosität mit Anspruchshaltung (Entitlement/Grandiosity)

Annahme, anderen überlegen zu sein und entsprechende Ansprüche stellen zu dürfen, ohne viel Rücksicht auf andere nehmen zu müssen.

In der Kindheit wurde die Familie als etwas Besonderes gesehen.

11. Unzureichende Selbstbeherrschung und mangelnder Durchhaltewillen (insufficient Self-Control /insufficient Self-Disciplin)

In der Kindheit unzulängliche Erziehung, denn mangelnde Selbstbeherrschung und mangelnder Durchhaltewillen sind elementare kindliche Verhaltensweisen.

In dieser Formulierung handelt es sich meines Erachtens *nicht* um ein dysfunktionelles Schema, sondern um ein Erziehungsdefizit. Als Schema müsste formuliert werden: *«Andere fühlen sich immer durch meine Gefühläußerungen vor den Kopf gestoßen!»* und *«Ich erreiche nie meine Ziele!».* Von «mangelnder Selbstbeherrschung» und «mangelndem Durchhaltewillen» zu sprechen, ist eine psychologische Schlussfolgerung, aber nicht die Umschreibung einer frühen Erfahrung und deshalb auch nicht eines dysfunktionellen Schemas.

4.1.4 Vierte Gruppe: Abstellen auf andere (Other-Directedness)

Das Kind wurde nur unter bestimmten Bedingungen akzeptiert, was mit sich brachte, dass es wichtige Aspekte seiner selbst unterdrücken musste, um in den Genuss von Liebe, Aufmerksamkeit und Anerkennung zu gelangen. «In vielen Familien dieser Art werden die emotionalen Bedürfnisse und Wünsche der Eltern – oder Anerkennung und sozialer Status – höher bewertet als die individuellen Bedürfnisse und Gefühle des einzelnen Kindes» (Young u. Mitarb. 2003, p.17/S.47).

12. Unterwerfung(Subjugation)

Annahme, büßen zu müssen, wenn der Betreffende sich nicht den Ansprüchen anderer unterzieht.

Verbunden mit Unterwerfung der eigenen Bedürfnisse, Unterdrückung der eigenen Vorlieben, Entscheidungen und Wünsche, eigener Emotionen oder doch ihres Ausdrucks, insbesondere von Ärger. Unterdrückter Ärger kann nach den Autoren dabei zu abwegigen Verhaltensweisen führen.

13. Selbstlos Helfen (Self-Sacrifice)

Annahme, den Sinn des Lebens dadurch zu erfüllen, dass der Betreffende für andere da ist und dies unter Vernachlässigung eigener Bedürfnisse.

Im Unterschied zu vorangehendem dysfunktionellen Schema nicht aus Angst vor Entgeltung, wenn ich nicht allem beistimme und helfe, sondern aus einem übertrieben altruistischen Gewissen.

14. Selbstwertgefühl abhängig von der Anerkennung (Approval-Seeking/Recoqnition--Seekinq)

Annahme, nur etwas wert zu sein, wenn andere zustimmen, dem Betreffenden Beachtung schenken, ihn anerkennen.

4.1.5 Fünfte Gruppe: Übertriebene Wachsamkeit und Gehemmtheit (Overvigilance and Inhibition)

Die Atmosphäre in der Kindheit war «meist unbarmherzig und hart ... Leistung, Pflicht, Perfektionismus, striktes Befolgen von Regeln und Gesetzen, Verbergen von Emotionen und Vermeiden von Fehlern haben einen höheren Stellenwert als Freude, Vergnügen und Ent-

spannung. Meist existiert auch eine untergründige Tendenz zu Pessimismus und Besorgnis – die Befürchtung, alles könne zerfallen, wenn man nicht ständig sehr wachsam und vorsichtig sei» (Young u. Mitarb. 2003, p.16f/S.48).

15. *Düstere Perspektive (Negativity/Pessimism)*

Eine Mutter belehrte ihre Kinder: «Das Leben ist wie ein Kuhfladen, von dem du jeden Tag ein Stück essen musst» [L.S.]

16. Nur nicht spontan (Emotional inhibition)

Annahme, dass Spontaneität riskant ist!

.«Gewöhnlich um nicht das Missfallen anderer zu erregen oder um Schamgefühle zu vermeiden oder um nicht die Beherrschung [‹control›] über die eigenen Impulse zu verlieren.» (Young u. Mitarb., p.17/S.49).

17. Perfektionismus (Unrelenting Standards/Hypercriticalness)

Perfektionismus in moralischer, kultureller oder religiöser Beziehung!

Wird nach den Autoren auch von anderen verlangt, was meine Erachtens nicht zutrifft.

18. Fehler sind unnachsichtig zu bestrafen – meine und die anderer! (Punitiveness)

4.2 Fortlaufend unbewusstes Bestreben, die dysfunktionellen Schemata zu bestätigen

Nach den Autoren ist dieses Bestreben typisch, ohne dass sie seinen psychologischen Hintergrund klären. Es wird besonders in der ersten Gruppe der dysfunktionellen Schemata erwähnt. Wer also z.B. im dysfunktionellen Schema befangen ist, von Nahestehenden immer wieder verlassen zu werden, wird sich solche Partner oder Freunde wählen, die unzuverlässig sind. Andeutungen der Autoren weisen darauf hin, dass bei diesem Schema auch die Neigung besteht, Reaktionen der Nahestehenden als Verlassen zu deuten, wo das gar nicht zutrifft. Beim Schema «Düstere Perspektive» wird übersehen, was positiv ist und anderes übertrieben negativ empfunden.

4.3 Verschiedenartiger «Umgang» mit dem Schema [Coping styles]

4.3.1 «Dem Schema ausgeliefert»:

Kognitionen, Emotionen und Verhaltensweisen lassen sich unmittelbar aus dem dysfunktionellen Schema verstehen. Dazu gehört nach den Autoren auch ein Verhalten, *das in der Psychoanalyse als «Wiederholungszwang» genannt wird, nämlich ein solches, das die Kindheitssituation zu wiederholen trachtet. Wer also im Schema «Im Stich gelassen» befangen ist, wählt unbewusst Partner, die unzuverlässig scheinen und keine Verpflichtung zur Treue eingehen wollen; wer im Schema «In eine Symbiose eingebunden» befangen ist, wird einen Partner wählen, der gerne die Verantwortung für andere übernimmt, .wer im Schema «Ich schaffe es nicht» befangen ist, wird eigene Leistungen sabotieren, wie um zu beweisen, dass sein Schema der Realität entspricht usw.

4.3.2 «Vermeidung»:

Die Autoren zählen zum Umgangsstil der Vermeidung verschiedene Reaktionen, die ich im Folgenden aus didaktischen Gründen von mir aus auseinanderhalte.

Vermeiden entsprechender Situationen

Es werden Situationen gesucht, in denen das dysfunktionelle Schema möglichst nicht provoziert wird. Wer im Schema «mangelndes Zugehörigkeitsgefühl» befangen ist, wird soziale Gruppen meiden und meistens allein leben; wer im Schema «Unterwerfung» befangen ist, wird soziale Situationen meiden, in denen ihre Bedürfnisse und Wünsche von denen anderer abweichen könnten; wer im Schema «Katastrophenerwartung» befangen ist, wird Situationen meiden, die ihm riskant scheinen usw.

Vermeiden entsprechender Gefühle

Zum Vermeidungsstil zählen die Autoren auch die grundsätzliche Verdrängung von Gefühlen («Emotionslosigkeit»), insbesondere natürlich solche, die mit dem Schema verbunden sind. Wer im dysfunktionellen Schema «Emotionale Frustration» oder im Schema «Katastrophenerwartung» befangen ist, setzt sich mit dem Gefühl von Gleichgültigkeit unvermeidbaren Situationen aus, welche die Schemaerwartung provozieren.

Vermeidung durch Betäubung

Ebenfalls zum Vermeidungsstil zählen die Autoren Trunksucht oder Drogensucht, die dazu dienen, mit dem Schema zusammenhängende Gefühle zu betäuben.

4.3.3 «Überkompensation»:

Dazu gehört ein Verhalten, mit dem in ganz übertriebener Weise dem Schema zuwidergehandelt wird. Wer im Schema «Minderwertigkeit» befangen ist, mag in arroganter Weise andere kritisieren und herabsetzen; wer im Schema «Grandiosität» befangen ist, mag extravagante Geschenke geben oder in Barmherzigkeit «machen», um keinesfalls egoistisch zu scheinen; wer im Schema «düstere Perspektiven» befangen ist, mag sich ganz unrealistisch optimistisch geben usw.

Die Umgangsstile werden keineswegs immer stabil durchgehalten, sondern können je nach Situation wechseln.

4.4 Primäre und sekundäre Schemata

Jemand, der sich grandios gibt, überkompensiert damit vielleicht seine Befangenheit im Schema «Minderwertigkeit». Das Schema «Grandiosität» ist in einem solchen Fall, wie die Autoren es nennen, ein «sekundäres Schema». Jemand, der im Schema «Selbstlos Helfen» befangen ist, mag sich davor «schützen», indem er nicht nur sein übertriebenes Mitgefühl mit anderen reduziert, sondern sein Mitgefühl überhaupt verdrängt und dasselbe Verhalten zeigt wie «Nur nicht spontan», auch dies ein sekundäres Schema. Für den Therapeuten ist es also wichtig, sich nicht durch ein sekundäres Schema, wie es sich im Erleben und Verhalten zeigt, täuschen zu lassen, sondern es als Abwehr zu durchschauen..

4.5 Die zwei Stadien der Therapie

Das Ziel der Therapie besteht darin, den Patienten von der Befangenheit in die dysfunktionellen Schemata zu befreien und diese durch realitätsgetreue Erlebens- und Verhaltensweisen zu ersetzen. Die Schema-Therapie besteht aus zwei Stadien:

4.5.1 Stadium der Klärung (Young u. Mitarb.: «Assessment and education»)

In diesem Stadium hilft der Therapeut dem Patienten, seine dysfunktionellen Schemata zu erkennen, ihren Ursprung in der Kindheit oder Adoleszenz zu verstehen und eine Verbindung zwischen den Schemata und aktuellen Problemen zu erkennen.

4.5.2 Stadium der Veränderung

In diesem stehen den Therapeuten verschiedene Verfahren zur Verfügung. Ich erwähne nur kursorisch einige: (1) Erklärung und Belehrung als kognitive Interventionen, (2) imaginativ-regressive Anregungen («Schließen Sie die Augen! Stellen Sie sich eine Situation aus Ihrer Kindheit vor ... »), (3) Anregungen zur imaginativen Auseinandersetzungen mit den Eltern («Was würden Sie Ihrer Mutter heute in einem Brief schreiben?»), (4) Hausaufgaben zur Übung neuer Verhaltensweisen im Alltag. (5) Auch die Haltung des Therapeuten gegenüber dem Patienten zählen die Autoren zu den psychotherapeutischen Verfahren und erwähnen immer wieder dessen wohlwollend elterliche Haltung, die der Patienten schließlich verinnerliche, um sie sich selbst gegenüber zu übernehmen.

Es versteht sich ja nach dem Bisherigen von selbst, dass die Patienten ihr Erfahrung mit den Eltern auf den Therapeuten übertragen werden, worauf dieser aber eben gerade nicht wie die Eltern reagiert. Besonders beim schwierigen Umgang mit Persönlichkeitsstörungen hat der Therapeut sich ständig seiner Gegenübertragung bewusst zu sein, um nicht aus dieser heraus zu reagieren, sondern, wie die Autoren formulieren, als «gesunder Erwachsener» zu funktionieren.

Die beiden Beispiele therapeutischer Dialoge – mit Daniel und mit Annette – geben ein treffenderes Bild für das therapeutische Vorgehen in der Schematherapie als alle theoretischen Erörterungen dazu. Es empfiehlt sich, diese Dialoge an dieser Stelle nochmals zu lesen.

4.6 «Schema Modi» als «Facetten des Selbst»

4.6.1 Kind-Modi:

Es lässt sich bei Patienten sozusagen in Regression auf die Kindheitssituation von einem verletzten oder verletzlichen Kind sprechen [vulnerable - heißt auch schutzbedürftig, anfällig], spezifischer von einem verlassenen oder einsamem Kind; das aber auch mit Ärger und impulsivem Verhalten reagieren könne. «Verletztes Kind» ist bei den Autoren gleichsam der Oberbegriff. Manche Patienten verdrängen die Stimmung, sich als verletztes Kind zu fühlen; es sei aber psychotherapeutisch wichtig, dass sie sich auch so erleben.

4.6.2 Dysfunktionelle Elternmodi:

Es kann ein verbietender von einem fordernden Eltern-Modus gesprochen werden. Es kommt im inneren Dialog zu Identifikationen und Konfrontationen mit solchen Elternpersonen, die seinerzeit natürliche Bedürfnisse des Kindes nicht berücksichtigten.

4.6.3 Modus Gesunder Erwachsener:

Diesem Modus entspricht ein Therapeut, wenn er sich dem «Kind» in seinem Patienten wohlwollend elternhaft zuwendet [«Reparenting»]. Auch eine wohlwollende Elternperson «im» Patienten, mit der dieser sich selbst wohlwollend elternhaft zuwenden gelernt hat, wird dem Modus «Gesunder Erwachsener» zugezählt. Merkwürdigerweise sprechen die Autoren also nicht von einer «gesunden Elternperson», sondern nur von dem «Gesunden Erwachsenen», der eben auch als Elterperson fungieren kann.

4.6.4 Umgangsstile mit dem Schema als Modi:

Die Autoren setzen auch die Umgangsstile als «Modi» ein, wenn diese im therapeutischen Dialog personifiziert auftreten, weil sich der Patient mit ihnen identifiziert: «der dem Schema Ausgelieferte», der «Vermeider»,der «Überkompensierer». Den «Vermeider» umschreiben sie dabei als «distanzierten Beschützer» [Detached Protector]. Mit «distanziert» [detached] ist ein Zustand mit Verdrängung oder Unterdrückung emotionaler Reaktionen gemeint, also Gleichgültigkeit, allenfalls unterstützt durch Betäubungsmittel.

4.7 Arbeit mit den Modi

Diesem Verfahren wird in der Schematherapie nach Young eine ganz besondere Rolle zugewiesen. Es ist die Berücksichtigung dieser Modi in der Psychotherapie, auf die Young und seine Mitarbeiter ganz besonders bei der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen Wert legen. Das zweite Beispiel mit Annette zeigt, wie der Schematherapeut diese «Modi» in seine Dialoge einsetzt. Diese Verfahrensweise betrachtet Young als eine bemerkenswerte Eigenheit der Schematherapie.

Zur «Arbeit mit den Schemamodi» siehe das Beispiel mit Annette! Young und seine Mitarbeiter teilen sie in verschiedene Stadien ein:

(1.) Der Patient wird darauf aufmerksam gemacht, in welchen Modi er sich im Dialog mit dem Therapeuten befindet und diese werden benannt. (2.) Es wird festgestellt, wie der aktuelle Modus in der Kindheit verwurzelt ist und wie er damals gegebenenfalls eine durchaus sinnvolle Reaktion war, um emotional zu überleben. (3.) Feststellung, was für eine Rolle der Modus bei den gegenwärtigen Problemen und Symptomen spielt. (4.) Es kann angebracht sein, einen Modus zu gunsten eines anderen aufzugeben, z.B. statt einer Identifikation mit dem «Vermeider» sich aufrichtiger im Modus des verletzen Kindes zu erleben. (5.) Der Modus des verletzten Kindes soll vom Patienten regressiv nacherlebt werden. (6.) Es wird zu Dialogen zwischen den Modi angeregt. Anfänglich übernimmt der Therapeut den Modus des gesunden Erwachsenen, später übernimmt der Patient selbst diese Haltung. (7.) Schließlich lernt der Patient, wie er auch außerhalb der Therapie, erfolgreich mit den Modi arbeiten kann, wobei dem Modus des gesunden Erwachsenen die entscheidende Rolle zukommt (frei nach Young u. Mitarb. 2003, p.278/S.347).

In der Rolle des «Gesunden Erwachsenen» erfüllt der Therapeut während den therapeutischen Dialogen verschiedene Funktionen: (a) das «verletzliche Kind» durch Beeltern wohlwollend zu bestärken und zu schützen; (b) ein «verärgertes Kind» zum Ausdruck seines Ärgers gegenüber einem einschränkenden Elternteil zu verhelfen, (c) einem «Impulsiv/ undisziplinierten Kind» Grenzen zu setzen; und (d) dem «Vermeider» und dem «Überkompensierer» sowie den «strafenden Eltern» und den «mahnenden Eltern» entgegen zu treten.

Dies alles kann im Rahmen gelenkter Phantasien geschehen; der Therapeut kann aber auch die aus der ⇗Gestalttherapie stammende Technik des Wechselns zwischen verschiedenen Stühlen benutzen. Dazu ordnet der Therapeut allen Modi eigene Stühle zu, zwischen denen der Patient dann hin und her wechselt, während er sich in die verschiedenen Modi versetzt. Auch dabei übernimmt der Therapeut nötigenfalls die Rolle des «Gesunden Erwachsenen», sofern der Patient – meistens nach einigen Monaten – dazu nicht selbst in der Lage ist.

Es hat sich auch in anderen Kreisen herausgestellt, dass im allgemeinen Rahmen der Schematherapie die «Arbeit mit Modi», z.B. bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung, zu erfreulichen Ergebnissen führt (Jacob u. Lieb 2007).

5. Literaturempfehlung

Für ein eingehenderes Studium kenne ich nur von Jeffrey E. Young und Mitarbeitern das Handbuch, auf das ich mich bei meiner Darlegung der Schematherapie selbst fortlaufend gestützt habe: *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*, Guilford Press, New York/London, 2003 (430 Seiten), deutsch: *Schematherapie: Ein praxisorientiertes Handbuch*, Junfermann, Paderborn, 2005 (520 Seiten).

TRANSAKTIONALE ANALYSE
nach Eric Berne

Eine Besonderheit der Transaktionale Analyse besteht darin, dass ihr Begründer Eric Berne von vornherein einen integrativen Standpunkt vertreten hat. Das war in den Vereinigten Staaten der 50er Jahre außergewöhnlich, denn damals profilierten sich neue psychotherapeutische Schulen durch eine polemische Abgrenzung gegen die etablierte Psychoanalyse. Für Berne ergänzen sich die verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren und schließen sich keineswegs aus, wie ihre Vertreter meistens annehmen. Heute finden Überlegungen zur Integration verbreitet Interesse, weshalb die Transaktionale Analyse höchste Beachtung verdient.

1. Zusammenfassung

Die Transaktionale Analyse ist als Psychotherapie ein *richtungsübergreifendes Verfahren*. Sie zeichnet sich vor allem aus durch eine *kreative Verbindung von kognitiver und tiefenpsychologisch orientierter Psychotherapie* (⇗Kognitive Psychotherapie; ⇗Psychoanalyse, ⇗Individualpsychologie). In Theorie und Praxis wird sie zudem bereichert durch kommunikationstherapeutische und gestalttherapeutische Elemente (⇗Kommunikationstherapie; ⇗Gestalttherapie). Die Abmachung, was das Ziel der Behandlung sein soll (*Vertragsorientiertheit*), und die Beachtung bewusster Entscheidungen (*Entscheidungsorientiertheit*) spielen eine wichtige Rolle. Es verbinden sich bei ihrer Anwendung widerspruchslos die Anregung zu *verwandelnder Einsicht* und die Anregung zu *Verhaltensmodifikationen.*

Von den verschiedenen Konzepten der Transaktionalen Analyse – Denkmodelle, die sich in der Psychotherapie bewährt haben – werden von ihrem Begründer Eric Berne vier als «Pfeiler» hervorgehoben: das *Skript*, die *Ich-Zustände*, die *Analyse von Transaktionen*, die kommunikatorische Bedeutung von *psychologischen Spielen.* Ich ergänze mit einem fünften Pfeiler: den *Grundeinstellungen.* Ich umschreibe in dieser Zusammenfassung kurz diese fünf Denkmodelle:

(1.) *Skript:* Aus Schlüsselerlebnissen der frühen Kindheit wird die Vorstellung von sich selbst, von den anderen und der Welt und dem Leben als Ganzes ins Erwachsenenleben übertragen, ebenso die Vorstellung. wie ich unter diesen Voraussetzungen das Leben am bestehen werde. Das Skript ist eine realitätsverkennende Vor-Annahme bei der Auslegung von Erlebnissen.

(2.) *Ich-Zustände:* Jedermann kann (a) wie ein Kind oder als Kind, d.h. kindlich erleben und sich verhalten; jedermann kann aber auch (b) gegenüber sich selbst oder anderen als Elternperson, d.h. in Gesinnung und Reaktion elternhaft auftreten, einerseits d.h. im Sinn der ⇗Bindungstheorie Geborgenheit und Zuflucht anbieten, andererseits sozialisierend Normen vertreten und vermitteln; jedermann kann schließlich auch unter Umständen (c) sachlich und realitätsangemessen wahrnehmen, urteilen und entscheiden. Diese drei *Verfassungen*, *Einstellungen*, *Haltungen* oder *Gestimmtheiten* werden in der Transaktionalen Analyse als *Kind-*

Ich-Zustand, als *Eltern-Ich-Zustand*, als *Erwachsenen-Ich-Zustand* bezeichnet und wer sie einnimmt in diesem, Moment als «Kind», als «Elternperson»oder als «Erwachsenenperson», je in Anführungszeichen. Anzustreben ist aber, dass jemand als übergeordnete «Person» über die drei Möglichkeiten verfügt.

(3.) *Analyse von Transaktionen:* Als Grundeinheit einer Kommunikation gilt die *Transaktion*, d.h. eine verbale oder averbale Anrede *und* die verbale oder averbale Antwort. Letztere hat auch wieder die Funktion einer Anrede usw. Eine Unterhaltung oder Auseinandersetzung besteht also aus ineinander verketteten Transaktionen. Zur Transaktionsanalyse im engeren Sinn gehört aber auch die Beobachtung, dass eine Anrede aus dem Kind-, aus dem Eltern- oder aus dem Erwachsenen-Ich-Zustand ausgehen und sich je nachdem an einen der drei Ich-Zustände des Angesprochenen richten kann, der seinerseits wieder aus einem der drei Ich-Zustände reagiert. Ich kann jemanden fragen: «Können Sie mir die Zeit sagen?» (aus dem Erwachsenen-Ich-Zustand an einen «Erwachsenen») und die Antwort erhalten: «Ja, haben Sie denn keine Uhr?» (aus dem Eltern-Ich-Zustand an mich als «Kind»). Das wäre nach Anrede und Antwort eine «unstimmige Transaktion».

(4.) *Psychologisches Spiel:* Darunter wird eine Kommunikation verstanden, bei der nicht «mit offenen Karten» gespielt wird, im allgemeinen indem die Sachebene vorgeschützt wird, während das Motiv auf der Beziehungsebene liegt, dies beiden Beteiligten bewusst oder nur einem Beteiligten oder keinem der Beteiligten. Wenn sich zwei Kontrahenten darüber streiten, wer Recht hat oder wer begonnen hat oder wer schuld ist, ist fast immer ein psychologisches Spiel im Gang, denn es geht nur scheinbar um eine sachliche Frage, im Grunde genommen aber um eine Rivalität.

(5.) *Grundeinstellung:* Die Einstellung «Ich bin nicht O.K., du bist (die anderen sind) O.K.» wäre Ausdruck eines Minderwertigkeitsgefühls; die Einstellung «Ich bin O.K., du bist (die anderen sind) nicht O.K.» wäre Ausdruck eines Überlegenheitsgefühls, die Einstellung «Ich bin nicht O.K., du bist nicht O.K.» heißt «Keiner ist etwas wert». Besonderheit der Transaktionalen Analyse: Die mitmenschliche Haltung «Ich bin O.K., du bist O.K.» ist moralisch anzustreben; sie schließt keineswegs aus, dass ich mein Verhalten oder das anderer beanstande, aber mich wie den anderen, mit dem ich mich möglicherweise auseinandersetze, als Person respektiere.

Als Besonderheit der Transaktionalen Analyse gegenüber der ⇗Kognitiven Therapie und der analytisch-tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapie (⇗Psychoanalyse, 5) beeindrucken als therapeutische Verfahren: die *Erlaubnis*, die *Beelterung* und die *Neuentscheidung*. Ihnen ist gemeinsam, was treffend als Vermittlung einer *korrigierender emotionaler Erfahrung* umschrieben werden kann. Dazu weiter unten!

Die Transaktionsanalyse als Psychotherapie hat *Behandlungsleitziele*, die ihr auch bei einer rein problembezogenen Behandlung vorschweben. Sie sind implizit auch anderen psychotherapeutischen Richtungen nicht fremd. Auf den einzelnen Patienten bezogen: (1.) die Ermutigung zur Übernahme der Verantwortung für die eigenen Bedürfnisse, Gefühle, Gedanken, Entscheidungen und Handlungen, (2.) die Ermutigung zur Offenheit gegenüber neuen, den bisherigen Bezugsrahmen erweiternden und korrigierenden oder sogar «spren-

genden» Erfahrungen, (3) die Ermutigung zur Redlichkeit gegenüber sich und den Mitmenschen. – Diese Leitziele färben über die Psychotherapie hinaus auch die Praxis der Transaktionsanalen Analyse in ihren anderen Anwendungsbereichen, nämlich der psychologischen Beratung von Einzelnen, Paaren, Familien und Gruppen, – der Erziehung und Erwachsenenbildung, – der Beratung von Organisationen.

2. Eric Berne, der Begründer der Transaktionalen Analyse

Eric Berne ist im Jahr 1910 in Montreal/Kanada unter dem Namen Eric Lennard Bernstein als Sohn eines praktischen Arztes und einer Schriftstellerin und Verlegerin geboren. Er studierte wie seinerzeit sein Vater Medizin an der McGill-Universität in Montreal und schloss sein Studium mit der Erreichung des Doktorgrades im Jahr 1935 ab. Im Anschluss daran bildete er sich an verschiedenen Kliniken in den Vereinigten Staaten zum Psychiater aus. Im Jahre 1938 oder 1939 erwarb er das Bürgerrecht der Vereinigten Staaten. Nachdem er neben seiner klinischen Tätigkeit bereits auch eine Praxis geführt hatte, trat er 1943 als Psychiater in die Armee ein. Zuvor hatte er seinen Namen in Eric Berne abgekürzt. Als Major trat er 1946 wieder ins Zivilleben über und ließ sich in der Kleinstadt Carmel in Kalifornien als frei praktizierender Psychiater nieder. Er wurde beratender Psychiater und Gruppentherapeut an verschiedenen Institutionen in San Francisco sowie Dozent an der Universität von Kalifornien. Er reiste verschiedentlich zu fernen Völkern und interessierte sich dabei besonders für deren psychiatrischen Probleme.

Seine Ausbildung zum Psychoanalytiker begann Berne am Psychoanalytischen Institut in New York, wo er ungefähr 1941 eine Lehranalyse bei Paul Federn begann. Seine in New York begonnene Lehranalyse setzt er, nachdem er sich in Carmel niedergelassen hatte, bei Erik Erikson in San Francisco fort. Er schloss seine psychoanalytische Ausbildung nicht formal durch eine Prüfung ab, wurde entsprechend auch nicht als Mitglied der erlauchten psychoanalytische Vereinigung, war aber zeitlebens zur Psychoanalyse positiv eingestellt, wie er formuliert, «freundschaftlich» gesinnt. Beeindruckt von den unbefriedigenden ersten Versuchen von Vertretern der Psychoanalyse, diese auch gruppentherapeutisch anzuwenden. entwickelte Berne die Transaktionale Analyse vor allem als gruppentherapeutisches Verfahren und damit aber auch eigene Gedanken zur Psychologie der menschlichen Persönlichkeit überhaupt. Im Jahr 1957 erschien seine erste Arbeit über die drei Ich-Zustände und 1958 der Aufsatz über *Transaktionsanalyse: eine neue und wirksame Methode der Gruppentherapie*, in dem bereits auch die Begriffe «Spiel» und «Skript» vorkommen.

Im Jahr 1947 schrieb er mit Erfolg eine populären Einführung in Psychiatrie und Psychoanalyse, *The Mind in Action*, 1957 in einer zweiten überarbeiteten Auflage erschienen mit dem neuen Titel *A Layman's Guide to Psychiatry & Psychoanalysis* (1947/[2]1957). In dieser zweiten Auflage schildert Berne immer noch die Psychoanalyse oder doch die psychoanalytisch orientierten Psychotherapie als Therapie der Wahl bei seelischen Störungen. Erst in der dritten Auflage, die 1968 unter demselben Titel erschien, sind Kapitel von Schülern von Berne über transaktionsanalytische Gedankengänge eingefügt und diejenigen Kapitel weggelassen, in denen die klassische Psychoanalyse besonders nachdrücklich als Grundlage jeder

Psychotherapie empfohlen worden war. Berne betrachtete die Transaktionale Analyse als Variante der Psychoanalyse und so andeutungsweise durch sein ganzes Werk. Die «rein» psychoanalytische Version des erwähnten Buches erschien aber noch unverändert 1973 und 1975 als Taschenbuch, wenn auch mit dem Vermerk über Berne als Autor von *Transactional Analysis in Psychotherapy* (1961), von *The Structure and Dynamics of Organizations and Groups* (1963), von *Games People Play* (1964), letzteres ein Bestseller im Bereich der Sachbücher, welches an Psychologie Interessierte Wissenschafter und Laien nachdrücklich auf Berne aufmerksam machte. Überdies sind von Berne erschienen: *Principles of Group* (1966b), meines Erachtens sein bedeutendstes Werk, dann *Sex in Human Loving* (1970), ein populäres Buch über Liebe und Sex, und schließlich erst nach seinem Tod sein umfangreichstes, wenn auch nicht ganz widerspruchsloses Werk *What do you say after you say hello?* (1972).

Die Lehre und das Werk von Eric Berne sind einerseits von tiefenpsychologischen Erfahrungen und Gedankengängen nach Freud und Adler geprägt. Andererseits ist Berne einer der Pioniere der ⇗Kognitiven Therapie und als solcher auch von Albert Ellis anerkannt (Ellis 1962/?1991; 1962, S.34; 1991, S.32). Es ist Berne seit 1957 ein Anliegen, seine Patienten darin zu schulen, bei Bedarf, wie er es nennt, einen Erwachsenen-Ich-Zustand einzunehmen, um realitätsgerecht wahrzunehmen, zu urteilen und zu entscheiden und Annahmen über sich und die Welt sachlich zu überprüfen, – dies in Absetzung von einem vornehmlich emotiv geprägten Kind-Ich-Zustand und von einem von überlieferten Normen und konventionellen Autoritäten geprägten Eltern-Ich-Zustand.

Eric Berne starb 1970 an einem Herzinfarkt.

3. Das Skript oder der unbewusste Lebensplan

Das eigentliche Ziel der Transaktionalen Analyse als psychotherapeutisches Verfahren ist nach Berne die Analyse des *Skripts*, «denn das Skript bestimmt das Schicksal und die Identität des Individuums» (Berne 1958).

3.1 Beispiele

3.1.1 Erstes Beispiel: Margrit darf nicht glücklich sein

Therapeut (*zu Beginn einer Gruppensitzung*): Wer will etwas bearbeiten? – Margrit: Ich fühle mich schlecht und weiß nicht warum. – Hansjürgen (*mit einem Blick auf die Therapeuten, um zu sehen, ob dieser nicht gerade zum Sprechen ansetzt*): Ist denn etwas passiert? – Margrit: Gar nichts! Gestern noch fühlte ich mich wohl, ja sogar besonders glücklich! Ich war im Kunstmuseum. Die Impressionisten liebe ich so sehr. Wenn ich vor den Seerosen von Monet stehe, fühle ich mich wie mitten in der freien Natur, eine große innerliche Ruhe erfüllt mich dann, die Geräusche der Stadt verschwinden, ich bin in meditativer Stimmung. – Therapeut: Und wann kam das Unbehagen? – Margrit: Heute morgen, beim Aufwachen! – Therapeut. Heute morgen? – Margrit (*zögernd*): Nein, wenn ich es näher bedenke, dann schon gestern. Bereits als ich vorn Kunstmuseum nach Hause kam. – Therapeut: Wann warst Du das letzte mal so wirklich glücklich, ähnlich, wie Du es jetzt beschrieben hast? – Margrit:

Wart mal! – – – Nun, vor einer Woche. Ich hütete die Kinder meiner Schwester. Zwei allerliebste kleine Mädchen von zwei und vier Jahren. Sie waren vom ersten Augenblick an zutraulich und brachten mir mit leuchtenden Augen ihre Puppen, gleichsam um sie mir vorzustellen. ja, da war ich glücklich und bester Stimmung. – Therapeut: Und nachher gingst Du wieder nach Hause? – Margrit: Ja, natürlich, auf die Bahn und nach Hause, ja aber – – – – da begann noch auf der Rückfahrt dasselbe Unbehagen, zuerst nur andeutungsweise, dann immer stärker! – – – Edith: Darfst Du nicht glücklich sein? – Margrit (*besinnt sich eine Weile und sagt dann*): Das ist es! Genau das ist es! Ich darf nicht glücklich sein; Glück hält nicht an, Glück ist gefährlich. – Therapeut: Schließe die Augen und entspanne Dich! – – – Geh zurück in Deine Kindheit und erinnere Dich an eine Szene, in der Du vollkommen glücklich warst! – – – – Margrit (*langsam die Augen öffnend*): Das war es! Das ist es! – Ich bin ungefähr 10jährig. Ich bin bei meiner Patin im Dorf. Ich stehe vor der Haustür. Ein Mann, den ich nicht kenne, kommt die Dorfstraße entlang, sieht mich stehen und fordert mich auf, mitzukommen. Er müsse mir etwas zeigen, was ich wohl noch nie gesehen hätte. Ich folge ihm zuerst etwas zögernd, dann immer munterer. Nach den letzten Häusern führt er mich auf eine Wiese hinaus. Gegen den blauen Sommerhimmel sieht man dort schroffe hohe Felsen stehen. Sieh mal dort, sagte der Mann, und zeigte in die Höhe über die Felsen hinweg in den Himmel. Ich sehe einen großen Vogel dort seine Kreise ziehen, dann noch einen zweiten Vogel. Ich habe noch nie so große Vögel gesehen. «Adler, Steinadler!», erklärt der Mann, «der König der Vögel. Gestern haben sie ein Paar dort oben ausgesetzt in der Hoffnung, sie bauten sich ein Nest und würden ansässig. Sie sind bei uns ausgestorben. jetzt hast Du einen lebenden Adler in Freiheit gesehen!» Ich sehe noch eine Weile staunend nach oben, dann reiße ich mich ohne Dank und Abschied los und renne nach Hause. «Tante Barbara, Tante Barbara!» rufe ich, kaum im Haus, «ein Mann hat mich mitgenommen, vor's Dorf, weiter noch als die Schreinerei, und hat mir zwei fliegende Adler gezeigt! Denk Dir, richtige lebende Adler! Er sagte, das sei der König der Vögel» Entsetzen malt sich auf dem Gesicht der Tante, dann erzürntes Stirnrunzeln. «Du gehst mit fremden Männern? Du läufst einfach mit? Das ist ja unerhört! Wenn das Deine Mutter wüsste, dürftest Du nie mehr herkommen. Untersteh Dich, das noch einmal zu tun! Geh auf Dein Zimmer!» – – Und ich gehe auf mein Zimmer und werfe mich weinend auf mein Bett. – – – So war es! – Therapeut: Wenn ich einmal wirklich glücklich bin, dann kommt die Katastrophe! – – – (*den anderen Gruppenteilnehmern zugewandt*): Was braucht Margrit?

Sie «braucht» eine Erlaubnis! Verschiedene Teilnehmer machen Vorschläge zur Formulierung einer solchen, z.B. «Freue dich an etwas Schönem!», «Du darfst dich freuen!». Bei einem Vorschlag sagt:

Margrit (*freudig erregt*): «Das ist es! – Du darfst genießen, wenn es Dir gut geht! – Das ist es! Genau das ist es! – Therapeut: Von wem willst Du's hören? – Margrit: Von Dir, Stefan! Du bist der älteste der Gruppe und gleichst meinem Vater, der gestorben ist, als ich noch ein kleines Kind war!

Nachdem Stefan sein Einverständnis erklärt hat, wird ein Stuhl in die Mitte des Kreises gestellt. Darauf setzt sich Stefan. Margrit sitzt vor ihm auf dem Boden. Stefan beugt sich etwas vor und legt eine Hand auf die Schulter von Margrit. Sie sehen sich in die Augen.

Stefan (*langsam und eindringlich*): Margrit! Du darfst es genießen, wenn es Dir gut geht! – Margrit (*senkt den Blick, schweigt eine Weile besinnlich und sagt dann, wieder aufblikkend*): Bitte noch einmal – Stefan: Margrit, Du darfst es genießen wenn es Dir gut geht!

3.1.2 Zweites Beispiel: Herbert fühlt sich nicht wichtig

(kurz zusammengefasst)

Herbert fällt mir in der Gruppe auf, da er sich auffallend wenig an den Diskussionen im Plenum beteiligt. Ich bin bei einer Untergruppe dabei bin, in der die Teilnehmer gegenseitig sich helfen, herauszufinden, welcher Antreiber bei jedem im Vordergrund steht. *Antreiber* sind etwas wie «bürgerliche Tugenden», wie sie in unserer westlichen Welt zur Zeit dieser Beobachtungen aktuell sind, aber als Forderungen unrealistisch verabsolutiert: Sie werden in der Transaktionalen Analyse auch als solche formuliert: «Sei immer perfekt!» oder auch «Sei immer der Beste!», «Gib dir immer Mühe!» oder «Streng dich immer an!», «Sei immer liebenswürdig!», «Beeil dich immer!», «Beherrsch dich immer!» oder «Sei stark!» im Sinn von «Zeig keine Gefühle!!». Häufig werden diese durch die Eltern den Kindern vermittelt in der Annahme, diese würden so gut durch's Leben kommen. Auch wenn sie durch die Eltern nicht mit «immer» verabsolutiert werden, werden sie von den Kindern so aufgefasst. Im Allgemeinen steht einer der Antreiber bei einem Menschen im Vordergrund, vielleicht dann auch noch ein zweiter. Beim Gespräch der vier Teilnehmer untereinander, meint einer zu Herbert bei einer fraglichen Schlussfolgerung: «Und was meinst du dazu?». Herbert: «Ach Gott, was ich meine; ist ja wohl nicht so wichtig!» Solche beiläufigen Bemerkungen können aufschlussreich sein. Kommt sich Herbert auch sonst im Leben durchgehend unwichtig vor? Sein vordergründiger Antreiber ist «Sei immer liebenswürdig!».

Später im Plenum sprechen wir über die unbedachten existentiellen Annahmen, mit denen der Einzelne, geprägt durch Kindheitserlebnisse, dem Leben gegenüberzutreten pflegt. Sie werden in der Transaktionalen Analyse auch wieder als Mahnungen, aber als untersagende Mahnungen formuliert, so nach Leonard Campos (1970) und Robert Goulding (1972) unter anderem: «Sei nicht!», «Sei nicht wichtig!», «Gehör nicht dazu!», «Komm niemandem nah!», «Sei nicht du selbst!», z.B. kein Mädchen oder kein Bub, «Hab' keine eigenen Bedürfnisse!» oder sogar «Hab keine Bedürfnisse!», «Hab' keine (eigenen) Empfindungen!», «Hab' keine (eigenen) Gefühle!», «Denk nicht!»,, «Sei kein Kind!», «Werde nicht erwachsen!» oder, gleichbedeutend: «Bleib ein Kind!». Es wird von *destruktiven Grundbotschaften* oder *Einschärfungen* gesprochen. Natürlich sind diese Annahmen dem Kleinkind nicht bewusst. Ihre Formulierung in Worten durch uns ist ohnehin missverständlich, denn im Grunde genommen sind es Gestimmtheiten.

Ich frage die Teilnehmer, mit welcher Märchenfigur sie sich am ehesten zu identifizieren vermögen. Es kommt zu anregenden Gesprächen. Bevor die Teilnehmer sich in Untergruppen zum Austausch über Selbsterfahrungen zu diesen Themen treffen, nehme ich als Demonstration das Gespräch auf mit Herbert. Er hat Mühe, eine Märchenfigur zu nennen,

schließlich denkt er sich als einer der sieben Zwerge im Märchen von Schneewittchen. Auf die Frage: «Welcher Zwerg?» kommt heraus, dass es nicht der größte ist und nicht der kleinste, nicht der erste, nicht der mittlere und nicht der letzte, sondern irgend einer der unauffälligen. «Kommst du dir wichtig vor?» frage ich Herbert. «Nein, nein, keinesfalls, alles nur das nicht!».

Es stellt sich heraus, dass er als Kleinkind immer spät abends noch mit den älteren Kindern draußen spielen durfte und dann als letzter nach Hause kam. Während die anderen Kinder nach Hause gerufen wurden, kümmerten sich seine Eltern kaum darum, wie lange er draußen war. Nach Hause gekommen, wurde er gewaschen und ins Bett gesteckt. Er wurde viel allein gelassen. Spielsachen standen ihm zur Verfügung, aber nie spielte die Mutter oder der Vater mit ihm. Er blieb auch beim Spielen sich selbst überlassen. Während andere Kinder, die gesund aufwachsen, zu spüren bekommen: «Du bist uns wichtig!», bestätigten die Erinnerungen von Herbert: «Du bist nicht wichtig!». Dabei müssen wir uns allerdings hüten, die Eltern allein nach diesen Erinnerungen zu beurteilen. Erinnert wird, was zur gegenwärtigen Gestimmtheit passt und es wird auch so erinnert, dass es dazu passt. Trotzdem bekam er Zuwendung, nämlich wenn er liebenswürdig war, d.h. widerspruchslos ausführte, was ihm aufgetragen wurde sich auch bei Besuchern und Nachbarn als immer höflich profilierte. Wie oft: Antreiberverhalten zur Kompensation einer Gestimmtheit im Sinn einer destruktiven Grundbotschaft: Ich bin nicht wichtig; alle anderen sind wichtiger; mit Liebenswürdigkeit finde ich doch einige Beachtung und kann emotional überleben.

Ich zolle Herbert Anerkennung, dass er sich so frei und offen vor der Gruppe geäußert und den Teilnehmern ermöglicht hat, demonstriert zu bekommen, was eine «Skriptanalyse» ist. Alle applaudieren lebhaft. «Willst du dich nicht für den Applaus bedanken?», frage ich. Herbert versucht eine linkische Verbeugung. Margrit streckt ihm die Hand entgegen und er drückt jedem Teilnehmer ringsum die Hand. Dass die Liebenswürdigkeit von Herbert die Demonstration erleichtert hat, erwähne ich nicht, habe aber sorgsam darauf gesehen, während meines Gesprächs mit ihm keine Suggestivfragen zu stellen, sondern immer «sokratisch» zu fragen.

Später wird durch eine Erlaubnis zu einer «Neu-Entscheidung» angeregt: «Du darfst dich wichtig nehmen! Du bist wichtig!» und bei einer anderen Gelegenheit durch die Erlaubnis: «Du *darfst* liebenswürdig sein, du darfst aber zu deinen Bedürfnisse, Gefühlen und Gedanken stehen und sie äußern!».

3.2 Weitere Ausführungen zum Skriptbegriff

Ein Kind bildet sich aus Schlüsselerlebnissen Vorstellungen über sich selbst, über die anderen, denen es begegnet, über die Welt und das Leben als ganzes und schließlich darüber, wie es am besten durch's Leben kommen wird. Nehmen wir an, ein Kind sei schon in frühem Alter von der Mutter durch Wegzug, Krankheit oder Tod verlassen worden. Die Umstände waren so, dass es keine Hilfe bekam, um darüber hinwegzukommen. Es erfuhr, dass es sich wenigstens die Zuneigung des Vaters erwerben und erhalten konnte, wenn es immer ganz genau machte, was er verlangte, so sich auch der Tagesmutter in jeder Hinsicht wider-

standslos fügte, die dem Vater abends berichten konnte, das Kind sei durchgehend «brav» gewesen. Vergessen wir nicht: Ein Kleinkind ist nicht nur vital, sondern auch emotional von seiner nahen Mitwelt abhängig. Die natürliche Neigung zu Spontaneität und probeweise Eigenwilligkeit war für das Kind bedrohlich.

Dieses Kind hat also schon in frühem Alter erfahren: «Wenn du dich jemandem nahe fühlst, verlässt er dich!», «Die anderen lieben dich, wenn du korrekt und folgsam bist, deine eigenen Bedürfnisse und Gefühle unterdrückst!» oder noch besser: « ... gar nicht mehr spürst!». Wir könnten auch sagen, dass das Kind, das alles «gelernt» hat, wenn wir nur das Lernen in diesem Fall nicht als eine bewusste, willentliche Tätigkeit verstehen, sondern als eine sozusagen «automatische Aneignung».

Das in der frühen Kindheit – nach Berne bis zum 6. oder 7. Altersjahr – angeeignete Selbst- und Weltbild mit «Überlebensstrategie» nennt Berne «Skript», wenn auch bei neuen und andersartigen Erfahrungen so sehr daran festgehalten wird, dass Realitätsverkennungen die Folge sind. Diese Bezeichnung geschieht als Gleichnis nach einem «Script», worunter nicht etwas nur Text und Anweisungen zu einer Filmvorführung zu verstehen ist («Drehbuch»), sondern nach dem englischen Sprachgebrauch auch zu einem Schauspiel, zu einer Oper oder zu einem Hörspiel. Berne spricht auch von einem «unbewussten Lebensplan», besser wäre vielleicht «Lebensentwurf». Berne hatte bei Patienten, die wegen eines Suizidversuches oder wegen einer Geisteskrankheit in eine Klinikeingewiesen worden oder plötzlich kriminell geworden waren, den Eindruck, dass oft schon früh das Erleben und Verhalten sich auf ein solches Ereignis hin zu entwickeln schien, so wie ein tragisches Schauspiel oder eine tragische Oper sich zur Katastrophe hin entwickelt. Von daher kommt es, dass Berne Skripts zuerst als Lebensentwürfe auffasst, die sich durch ein tragisches Endziel gekennzeichnet sind. Berne war sich dabei aber durchaus bewusst, dass er als Psychiater und Psychotherapeut eben bei seinen Patienten vor allem mit «tragischen Skripts» konfrontiert ist, mit «Verliererskripts» und nicht mit «Gewinnerskripts», ja, dass Psychotherapie aufgefasst werden könnte als Maßnahme zur Erlösung eines Patienten aus einem unheilvollen Skript.

Später sprach Berne nicht nur von Skripten, die sich auf ein Endziel hin entwickeln, sondern auch von solchen, die kurzzeitig immer wieder neu das Verhalten bestimme so von einem *Bis-Skript*, das sich in der Überzeugung äußert, ich müsse zuerst alle durch andere oder mich selbst auferlegten Arbeiten erfüllt haben, bis ich das machen darf, was ich möchte, und dies im Kleinen täglich neu oder im Großen über Monate und Jahre. Also im Kleinen: «Ich muss den Schreibtisch pedantisch aufräumen, nur dann darf (!) ich gut einschlafen!»; im Großen: «Bevor ich mir Ferien erlauben darf (!), muss ich ... , muss ich ... , muss ich ...». Ein anderes solches «Zeitskript», das *Darnach-Skript*, besteht in der Erwartung einer Katastrophe nachdem es mir eine Weile «allzu» gut gegangen ist, was ich also verhüten muss. Ein *Immer-Skript* besteht darin, dass ich immer dasselbe tun muss wie die Wohnung wechseln und/oder die Stelle wechseln und/oder eine neue Geliebte suchen. Wer in einem *Beinahe-Skript* befangen ist, erreicht mit großer Mühe sein Ziel immer nur beinahe und erlebt eine Frustration nach der anderen.

Zur Psychologie vom Skript gehört obligat, dass neue Erfahrungen so ausgelegt werden, dass sie das Skript bestätigen, ja, dass mit diesem Ziel sogar Gelegenheiten scheinbar gezielt aufgesucht oder sogar arrangiert werden. Zu wessen Skript z.B. die Botschaft gehört, dass er ein Versager sei, mag sich Ziele vornehmen, die unrealistisch sind. Weiter werden auch Alltagserfahrungen und Erinnerungen bevorzugt so ausgelegt, dass die Skriptüberzeugungen bestätigen. Andere Erfahrungen und Erinnerungen werden übersehen oder «sind nicht der Rede wert».

Wer einem Skript verhaftet ist, wozu wir alle neigen, wird möglicherweise über längere Zeit oder immer mit Realitätsverkennungen ganz gut leben, besonders wenn sie von der Umwelt geteilt werden («Einmal ist kein Mal!», «Die Ausnahme bestätigt die Regel!»). Die Realitätsverkennungen können aber schließlich so aufdringlich werden, dass sie zu ernsthaften Beziehungsstörungen, Verdrängungen und Verleugnungen und zu neurotischen Symptomen führen. Besser, wenn sie mit oder ohne Hilfe bei wiederholten Realitätsverkennungen zu einer «Neuentscheidung» Anlass geben.

In der allgemeinen Psychologie wird die Auffassung von mir und der Welt, in die ich meine Erfahrungen einzuordnen versuche als «Bezugsrahmen» oder «Bezugssystem» bezeichnet, manchmal auch als «Landkarte». Beim Skript handelt es sich um einen vertrauten Bezugsrahmen, an dem seit früher Kindheit trotz neuer, andersartiger Erfahrungen starr festhalte, so dass Realitätsverkennungen unausweichlich sind.

4. Die drei Ich-Zustände, die drei Teilpersönlichkeiten oder die drei Persönlichkeitsanteile (Berne: Strukturanalyse als Persönlichkeitstheorie)

In der Praxis der Transaktionalen Analyse hat es sich bewährt, bei jedermann verschiedene Erlebens- und zugehörige Verhaltensweisen zu unterscheiden, nämlich kindliche, elternhafte und erwachsene. Die entsprechenden Verfassungen werden in der Transaktionalen Analyse als «Ich-Zustände» bezeichnet, nämlich Kind-Ich-Zustand, Eltern-Ich-Zustand oder Erwachsenen-Ich-Zustand.. «Wenn Sie etwas nicht auf Ich-Zustände zurückführen können, ist es nicht Transaktionale Analyse» (Berne 1968/1973). Statt von den drei Ich-Zuständen wird in der Transaktionalen Analyse auch davon gesprochen, dass jeder als «Kind», als «Elternperson» oder als «Erwachsenenperson» erleben und reagieren kann, immer zwischen Anführungszeichen geschrieben. Was dabei als «Kindlichkeit» zu verstehen ist, kann nach Berne aus Beobachtungen von Kindern an der Mutterbrust, in der Wiege, auf dem Spielplatz erschlossen werden. Ein Kind kann unbefangen sein oder befangen. Es gibt Kinder, die gegenüber Autoritäten gewohnheitsmäßig gehorsam und solche die gewohnheitsmäßig rebellisch sind. «Elternhaft» verhält sich jemand, der sich um andere kümmert, sei es wohlwollend besorgt oder moralisierend. «Erwachsen» heißt überlegtes, sachgerechtes und realitätsangemessenes Wahrnehmen, Urteilen und zielorientiertes Entscheiden.

Jedermann, der gesund ist, kann je nach Umständen einmal in diesem, einmal in jenem Ich-Zustand sein. So kann der Vater eines Kindes, dem er zu Weihnachten eine Spieleisenbahn geschenkt hat, in der Folge noch unter dem Weihnachtsbaum selbst eifrig damit spielen, wie wenn es sich um ein Geschenk für ihn gehandelt hätte. Manchmal ist es auch ein

Computer statt einer Eisenbahn, selbst wenn er zur Arbeit gebraucht wird. – Derselbe Vater kann zu anderen Zeiten sichtlich besorgt sein um die Sozialisierung seiner Kinder, die ja bei uns vor allen den Eltern obliegt. Er bringt ihnen, eher streng oder eher liebevoll, aber häufig hartnäckig bei, was gesellschaftlich erlaubt ist und was nicht. Aus dieser selben Haltung heraus kann er auch andere Leute, z.B. Nachbarn oder Mitglieder von Behörden, moralisierend begutachten. – In seinem Beruf aber steht der Vater aufmerksam und konzentriert an der Werkbank oder an einer Maschine oder sitzt im Büro vor Papieren mit dem Ziel, seinen Auftrag zu erfüllen.

Was ich geschildert habe, entspricht einer *verhaltensbezogenen Auffassung* von den Ich-Zuständen. Musterbeispiele für jedermann ist für den Kind-Ich-Zustand, wie der Betreffende in der eigenen Kindheit erlebt und reagiert hat und für den Eltern-Ich-Zustand wie er seine eigenen Eltern erlebt hat. Manchmal wird unter Kind-Ich-Zustand eine regressive Wiederbelebung der eigenen Kindheit verstanden, unter Eltern-Ich-Zustand eine Identifikation mit den eigenen Eltern, wie sie in der Kindheit erlebt worden sind. Das wäre dann eine *biografische Auffassung* von den Ich-Zuständen. Ein gutes Beispiel für diese biografische Auffassung ergibt sich aus dem Begriff des Skripts. Wenn ich unter dem Einfluss von Skriptüberzeugungen stehe, z.B. ich sei im Vergleich zu jedem anderen nicht wichtig (s. Beispiel 2 von Herbert), weil ich mich von meinen Eltern nicht wichtig genommen erlebt habe, so bin ich in dieser Beziehung immer noch das «Kind» meiner Eltern, die «in mir» immer noch aktuell sind.

Gleichgültig ob wir die Ich-Zustände verhaltensbezogen oder biografisch auffassen, können wir nicht nur an das Erleben und Verhalten denken, sondern auch an verschiedene eigene Wesensseiten, die sich *in uns* wie ein inneres Team miteinander auseinandersetzen (der Begriff «inneres Team» nach Schulz v. Thun 1998). Das wäre eine *innerpersönlich-systemische Auffassung* von den Ich-Zuständen oder den entsprechenden Persönlichkeitsanteilen.

Wenn Berne als Psychotherapeut von einem Ratsuchenden aufgesucht wurde, sah er zu allererst darauf, dass dieser lernt, in persönlich schwierigen Situationen und vor wichtigen Entscheidungen sein Erwachsenen-Ich, seine «Erwachsenenperson», zu aktivieren, d.h. sachlichem, realitätsangemessene Entscheidungen zu fällen.. Im allgemeinen weiß jeder, wozu er «als Kind» Lust oder keine Lust hat und was er sie «Elternperson» in ihm sagt, was er sollte oder nicht sollte, stutzt aber, wenn ich ihn frage: «Und was finden Sie sinnvoll?»

In gewissen Situationen kann es durchaus angemessen sein, sein «Kind» zu aktivieren und unbekümmert spontan zu reagieren oder seine «Elternperson» zu aktivieren und sich wohlwollend um sich selber oder jemand anderen oder andere zu kümmern. Als krankhaft mag gelten, wenn jemand in einem Ich-Zustand befangen ist und immer nur seinen Emotionen folgt oder immer nur moralistischen Erwägungen oder immer nur kalt sachlich entscheidet. Es kommt auch vor, dass jemand einen der drei Ich-Zustände bei sich gar nicht kennt und entsprechend auch nicht zu aktivieren vermag.

Das Modell von den Ich-Zuständen bewährte sich Berne aber auch zum Verständnis von psychopathologischen Erscheinungen, so sind für ihn Halluzinationen, die den Patienten verurteilen, vermutlich Ausdruck einer übelwollenden «Elternperson». Bei einer Depression

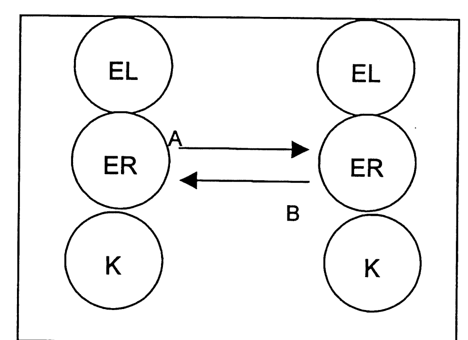
verharrt nach Berne der Patient im «Kind» und erlebt sich einer moralisierenden «Elternperson» ausgesetzt. Indirekt wird diese Sicht vom Vertreter der kognitiven Therapie Aaron Beck bestätigt. Diese hat festgestellt, dass es ihm gelingt, durch geschickte und hartnäckige Anregung einer Realitätsüberprüfung die existentiellen negativen Annahmen über die eigene Person und die Zukunft bei depressiven Patienten aufzulösen (Beck, A. 1967). Nach Berne entspricht eine Realitätsprüfung einer Aktivierung der «Erwachsenenperson» in Abhebung von «Kind» und «Elternperson».

5. Die Analyse von Transaktionen oder Transaktionsanalyse im engeren Sinn

Es handelt sich um einen Beitrag zur Kommunikationspsychologie, der die Auffassung von den drei Ich-Zuständen voraussetzt. Wegen ihrer Originalität und praktischen Bedeutung hat die Analyse von Transaktionen auch bei solchen Kommunikationstherapeuten positive Beachtung gefunden, die sonst der Transaktionalen Analyse wenig Beachtung schenken.

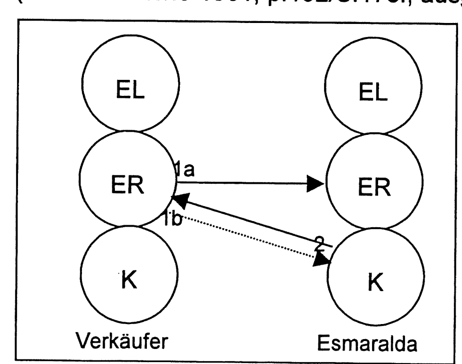
5.1 Beispiele

5.1.1 Erstes Beispiel: eine stimmige Transaktion



A: Wieviel Uhr ist es?
B: Es ist zwölf Uhr.

5.1.1 Zweites:Beispiel: eine Transaktion mit verführerischer Botschaft
(frei nach Berne 1961, p.192/S.173f, ausgestaltet)



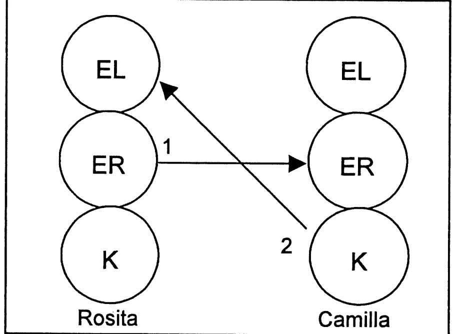
Esmeralda: Etwas bekümmert mich seit Freitag. Ich kaufte einen Tisch und, nachdem ich zu Hause angekommen war, war ich mit dem Kauf nicht zufrieden. Ich dachte, ich hätte hier in de Gruppe gelernt, nur das zu kaufen, was ich wirklich kaufen will, stattdessen habe ich das gekauft, was der Verkäufer mir verkaufen wollte. Er sagte: «Sehen Sie diesen Tisch – Sie können ihn ohne weiteres durch Ausziehen vergrößern!» Als Erwachsene wusste ich, was ich wollte, nämlich einen Servierboy kaufen, nichts anderes, aber als Kind konnte ich der Verführung des Verkäufers nicht widerstehen.– Berne: Das ist der Beruf des Verkäufers! Es gehört zu seiner beruflichen Aufgabe, den Kunden als Erwachsenen zu umgehen und ihn als Kind anzusprechen. Würde ihm

das für gewöhnlich nicht gelingen, könnte er seine Stelle nicht lange behalten. Wenn er geschickt in dieser Beziehung ist, lernt er, wie er den Kunden als Kind veranlassen kann, zu tun, was er will. Die Schwäche dieses Kindes ist eine der Gegebenheiten, die andere Leute zu deren Vorteil ausnützen können.

Auf einem Diagramm wird, was geschehen ist, als *Winkeltransaktion* eingezeichnet. Der Verkäufer hat sie, wie Berne das beurteilt, scheinbar mit einer sachlichen Bemerkung als Erwachsene angesprochen (1a), aber «heimlich» auf ihr Kind gezielt (1b), aus dem dann Esmaralda auch reagiert hat (2).

5.1.2 Drittes Beispiel: eine unstimmigen Transaktion
(frei nach Berne, 1958, p.149-152/S.181-184)

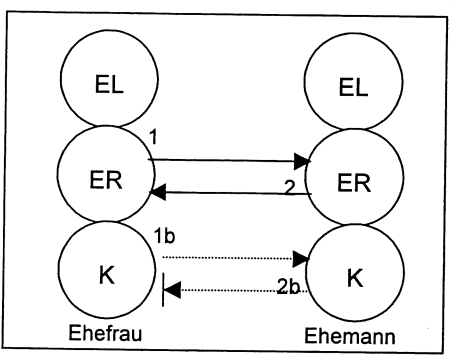
Camilla: Ich sagte meinem Mann, ich wolle keinen Geschlechtsverkehr mit ihm; er könne sich dazu eine andere Frau suchen! – Rosita (*in sachlichem Tonfall*): Warum sagtest Du das? (1) – Camilla (*in Tränen ausbrechend*): Ich tue doch mein möglichstes, und jetzt kritisierst Du mich noch! (2) – Berne: Rosita hat eine sachliche Frage gestellt und Camilla reagiert darauf mit Tränen, weil sie sich kritisiert fühlt. Was ist da geschehen? Eine unstimmige Reaktion von Camilla auf eine ruhig-sachliche Frage von Rosita! Camilla hat, statt als Erwachsene auf eine «erwachsene Frage» zu antworten, als Kind reagiert, wie wenn Rosita als kritische Elternperson ihr einen Vorwurf gemacht hätte. Das habe zu einer Unterbrechung der Kommunikation geführt. Wir haben hier eine unstimmige, auf dem Diagramm *gekreuzte Transaktion*: Jemand, bei dem ein bestimmter Ich-Zustand, hier der Erwachsenen-Ich-Zustand, angesprochen wird, reagiert mit einem anderen, hier mit dem Kind-Ich-Zustand. Nach Berne ist das der häufigste Anlass für Missverständnisse in der Ehe, am Arbeitsplatz und in anderen sozialen Situationen. Der psychologische Hintergrund eines solchen Missverständnisses ist eine Überempfindlichkeit des Kindes «in» Camilla, die ihre Geschichte hat.



Schon bevor diese Überempfindlichkeit behoben war, berichtet Berne, habe Camilla aus solchen Erfahrungen und deren Deutung gelernt, solchen Versuchungen nicht zu erliegen, d. h. ihr Kind zurückzuhalten und auf sachliche Fragen als «Erwachsene» zu reagieren. Tatsächlich sei ihr damit gelungen, ihre Ehe und andere Beziehungen erfreulicher zu gestalten, bereits bevor später dann Gelegenheit gewesen sein, die auf frühkindlichen Erlebnissen beruhende «Verwirrung ihres Kindes» (nach Berne Urgrund jeder Neurose und Psychose) zu beheben.

5.1.3 Viertes Beispiel: eine doppelbödige Transaktion

In der Kommunikationspsychologie wird bei Botschaften eine «Sachebene» von einer «Beziehungsebene» unterschieden. Letztere kommt im allgemeinen im Ton zu Geltung, in dem etwas gesagt wird, aber auch in der Wortwahl:



Ehefrau: «Wunderbares Wetter!» (*vordergründig sachliche Feststellung von «Erwachsenenperson» zu «Erwachsenenperson», aber zugleich hinter- oder untergründig: «Ich möchte mit dir segeln gehen!» von «Kind» zu «Kind»*). – Ehemann: «Ja, ja, ganz schönes Wetter!» (*fährt ungerührt mit der begonnnen Tätigkeit fort, d.h. reagiert nicht auf der Beziehungseben, bzw. weist die Frau auf dieser ab*). Im Diagramm werden sowohl die Transaktion auf der Sachebene (1, 2) wie diejenige auf der Beziehungsebene (1b, 2b) als parallele Transaktion vermerkt.

5.2 Weitere Ausführungen zur Analyse von Transaktionen

Berne versteht unter einer *Transaktion* , wie bereits ausgeführt, die «Grundeinheit jeder Sozialaktion», nämlich die averbale oder verbale Frage oder Mitteilung («Botschaft»), die eine Person an eine andere richtet, *zugleich* mit der Reaktion oder Antwort dieser zweiten Person. Es ist dies keine Anspielung auf eine geschäftliche Transaktion. Die amerikanische Umgangssprache kennt auch interpersonelle kommunikatorische Transaktionen. Eine solche Transaktion umfasst nach Berne also zwei Botschaften: eine verbale oder averbale Anrede («Gehst du heute in die Stadt?») und eine verbale oder averbale Antwort darauf («Nein, ich gehe nicht in die Stadt! » oder nur ein Kopfschütteln). Die Antwort auf diese Botschaft kann ihrerseits wieder die Bedeutung einer Anrede haben, auf die eine Antwort erfolgt («In diesem Fall gehe ich. Soll ich Dir etwas mitbringen?»), die ihrerseits wieder eine Anrede sein kann, auf die eine Antwort folgt («Oh, ja, ich sollte Kartoffeln haben!»). Ein Gespräch – nach Andeutungen von Berne seines Erachtens auch eine Beziehung als solche – besteht demnach aus einer ganzen Serie von ineinander verketteten Transaktionen.

Berne geht davon aus, daß eine Botschaft von einem zum andern Individuum aus einem bestimmten Ich-Zustand gesandt wird und sich an einen bestimmten Ich-Zustand im anderen richtet. Es gibt also z.B. Botschaften, die jemand als «Elternperson» an jemanden als «Kind» richtet («So, jetzt mach mal vorwärts!») oder Botschaften, die aus einer erwachsenen Haltung ausgehen und sich an den anderen als Erwachsenenperson richten («Was steht im Wetterbericht?») usw. Kommen sie nicht dort an, wohin sie sich vom Sender gerichtet haben, kann es, wie im 2. Beispiel zu Missverständnissen kommen oder wie beim Beispiel in der Zusammenfassung zu einem Unterbruch des Kommunikationsflusses.

Es gibt Antworten bei einer Transaktion, welche *ausweichend* sind: «Wie heißt jetzt auch gleich das Kind, zu dessen Taufe wir eingeladen sind?» - «Es hat den Namen seines Großvaters!». – Es gibt Antworten, welche die Kommunikation *abblocken*: «Hast du dein Zimmer aufgeräumt?» – «Was verstehst du unter ‹Aufräumen›?».

Es gibt Beziehungsstörungen, die allein durch ⇗Kommunikationstherapie, d.h. durch Kommunikationsschulung erfolgreich behandelt werden können, wobei die Schulung in der Analyse von Transaktionen nach Berne bedeutsam ist. Das Ziel einer solchen Schulung ist für Berne eindeutig: Direktheit und Aufrichtigkeit, also z.B. bei der Frau, die Lust hat, segeln zu gehen: «Ich habe Lust, segeln zu gehen. Kommst du?»

6. Psychologische Spiele

Berne macht unter dem Titel «Spiele» [Games] auf bestimmte Kommunikationen aufmerksam, auf die ein Psychotherapeut achten sollte, im weiteren Sinn Kommunikationen, bei denen mindestens ein Kommunikationspartner ein für ihn vorteilhaftes Anliegen, ohne es offen zu deklarieren, verfolgt, wobei er sein Ziel durch taktische Manöver zu verwirklichen trachtet – und dies bewusst oder unbewusst. Bei «Spielen» m engeren Sinn handelt es sich beim Initianten um ein Anliegen, das dem Kommunikationspartner oder «Mitspieler» zum Nachteil gereicht.

6.1 Beispiele

Die folgenden Beispiele halten sich inhaltlich an Berne, wenn auch aus didaktischen Gründen in freier Weise.

6.1.1 Erstes Beispiel

Ein Grundstückmakler bewirbt sich bei einem Golfclub um die Mitgliedschaft, da er Freude habe an gemessener Bewegung im Freien. Im Grund genommen will er aber Mitglied werden, weil er vermutet, dass er unter den Golfspielern zahlungskräftige Kunden für seine Geschäfte finden wird.

Bei diesem Beispiel ist das Anliegen klar und die Taktik – eine Vorgabe, die dem «Mitspieler» einleuchten muss – ebenfalls. Berne führt es als Musterbeispiel aus dem Alltag an, obgleich dieses Täuschungsmanöver keine unmittelbare Beziehung zum Beruf eines Psychotherapeuten hat. Jeder Betrug entspricht aber der oben wiedergegebenen Definition eines «Spiels». Nehmen wir das Beispiel eines sogenannten Heiratsschwindlers, der es fertig bringt, eine in ihn verliebte und vertrauensselige Frau um ihr Vermögen zu erleichtern und dann zu verschwinden. Bei diesem krassen Beispiel ist besonders offensichtlich, dass ein «Spiel» beim getäuschten Kommunikationspartner eine «Schwäche» oder «Spielanfälligkeit» voraussetzt, hier Verliebtheit. Beim «Spiel Grundstückmakler» besteht das Entgegenkommen im Bestreben, gerne neue beitragszahlende Mitglieder aufzunehmen.

6.1.2 Zweites Beispiel

«Heute treffen wir uns mit Böhlers», stellt der Ehemann fest, «wo sollen wir essen gehen?». «Vielleicht in der Krone», schlägt die Frau vor, «dort dürfte es dir recht sein.» «Essen wir dort, wo es *dir* recht ist!», sagt der Mann. «Ja, ich weiß nicht recht ... », bekennt die Frau. «Immer dasselbe», äußert der Mann aufgebracht, «nie kannst du dich entscheiden!».

Berne analysiert derartige Spiele psychologisch so, wie wenn der Mann schon bei seiner Frage gewusst hätte, was er wollte, nämlich seiner Frau Unentschiedenheit vorwerfen zu können. Ich bin der Ansicht, dass beim Mann von einem «Wissen» zu sprechen, nicht zu-

treffend ist. Es handelt sich meines Erachtens um ein unbewusstes oder unbedachtes Anliegen. Das psychologische Ziel des Anliegens – ebenfalls nicht bewusst – wäre, sich gegenüber der Partnerin «oben» zu fühlen, vielleicht auch eine Rechtfertigung für Entrüstung als Lieblingsgefühl (↗12) zu finden.

6.1.3 Drittes Beispiel

Frau Weiß beklagt sich in der Behandlung über ihren Gatten, der sie dominiert und ihr insbesondere verbietet, Schwimmen (oder Tanzen oder Reiten) zu lernen, da er seine Frau zu Hause wissen will. Sie pflegt ihm Vorwürfe zu machen: «Wenn du nicht wärst ... ». Wie sie sich in der Behandlung emanzipiert, muss er zulassen, dass sie sich zu Schwimmstunden anmeldet, wobei sie aber zu ihrem Schrecken erfahren muss, dass sie an einer unüberwindliche Furcht (Phobie) vor dem Wasser leidet und sich ihren Wunsch ganz unabhängig von ihrem Mann gar nicht erfüllen kann.

Berne legt das Spiel so aus, dass diese Frau sich unbedacht einen dominierenden Mann gewählt hat, um sich ihrer Phobie nicht bewusst werden zu müssen. Berne konstruiert überdies, dass ihr Mann sich möglicherweise, wenn er nach Hause kommt und seine Frau nicht auf ihn wartet, auf neurotische Art verloren vorkommen könnte, so dass auch er von seinem Verbot psychologisch profitiert hat. Wäre es so, so würden beide sich darin unterstützen, sich ihrer Neurose nicht bewusst werden zu müssen. Ein «Ehespiel», das der Psychoanalytiker Stavros Mentzos als «interpersonale Abwehr» bezeichnet (Mentzos 1976/^{2}1977).

Genau solche «Spiele», bei denen die Beteiligten ahnungslos sind, was eigentlich abläuft, finden bei Berne besonderes Interesse und bilden seines Erachtens «auf der ganzen Welt den wichtigsten Aspekt sozialen Lebens» (1964, p.49/S.63).

6.1.4 Viertes Beispiel

Ein Bursche begleitet nach einem Anlass ein Mädchen nach Hause. Sie kommen an einer Scheune vorbei. Der Bursche meint: «Wollen wir uns die Scheune näher besehen. Vielleicht liegt weiches Heu darin.» Das Mädchen antwortet: «Warum nicht? Ich habe mich schon immer für Scheunen interessiert!».

Berne spricht von einem Liebeleispiel. Das Anliegen ist klar und beiden Beteiligten bewusst. Solche neckischen Spiele sind auf erotischem Gebiet durchaus üblich.

.6.1.5 Fünftes Beispiel

Ein Familienvater zieht sich zurück, um an einem schwierigen Brief zu schreiben. Ein Familienmitglied kommt herein, sagt: «Nur eine Frage – aber mach ruhig noch den Satz fertig!» und sieht ihm über die Schulter. Der Schreiber macht einen Fehler nach dem anderen und ruft schließlich erbost: «Sieh nur, zu was du mich veranlasst hast Soll einer schreiben können, wenn ihm jemand über die Schulter zusieht!» (Berne 1964b, p.88/S.109).

Berne zählt ein solches Spiel zur Gruppe des «Lebensspiele» [Life Games], wohl besser: «Alltagsspiele». Ich halte bei dieser für jeden Leser einfühlbaren Situation die Ansicht von Berne nicht für zutreffend, dass das Anliegen des Schreibers darin bestehe, möglichst bald wieder allein gelassen zu werden. Das Anliegen besteht doch wohl darin, die eigene Verantwortung für ein Ungeschick jemand anderem zuzuschieben und ihm – wie dies bei jedem

Vorwurf der Fall ist – Schuldgefühle zu machen. Gelingt dies, sieht sich der Schreiber darin bestätigt, für sein Ungeschick nicht selbst verantwortlich zu sein.

6.1.6 Sechstes Beispiel

Ein Patient sucht den Psychotherapeuten auf. Auf die Frage, was ihm fehle, antwortet der Patient: «Ich leide an einem Vaterkomplex!» Der Therapeut, selbst interessiert an Theorie, lässt sich dazu verführen, mit dem Patienten immer nur rein theoretisch über das zu diskutieren, woran er angeblich leidet, statt sich mit dem zu beschäftigen, was der Patient an sich ändern sollte. «Was meinen Sie: Vaterkomplex nach Freud oder Vaterkomplex nach Jung?»

Nach Berne besteht bei einem solchen «Sprechstundenspiel», das er Spiel «Psychiatrie» nennt, die unbewusste Unaufrichtigkeit (!) des Patienten darin, dass er scheinbar eine Behandlung sucht, ohne aber sich ändern zu müssen. Berne meint dazu, der Patient suche im Grunde genommen keine Heilung, sondern eine Möglichkeit «ein besserer Neurotiker zu sein», d.h. ein solcher mit weniger Unannehmlichkeiten, wie sie eine Neurose mit sich bringt. Der Patient erwischt den Therapeuten an einer «Schwachstelle» oder «Spielanfälligkeit», nämlich gerne über theoretische Fragen zu diskutieren. Patienten entwickeln in diesem Sinn oft nach wenigen Sprechstunden eine bemerkenswerte Intuition. Auch bei diesem «Spiel» darf wohl gesagt werden, dass dem Patienten sein Anliegen nicht bewusst ist. Hätte der Therapeut gesagt: «Und was wollen Sie an sich verändern?», wäre es nicht auf die Einladung zum Spiel eingegangen, sondern hätte sozusagen dem Spieler «den Wind aus den Segeln genommen», was Berne als «Antithese» bezeichnet. Nebenbei gesagt: Ich beginne jede psychotherapeutische Behandlung mit dieser Frage, wenn sich ihre Beantwortung nicht bereits aus den einleitenden Bemerkungen des Patienten ergibt.

6.1.7 Siebentes Beispiel

(von mir nach auf verschiedene Werke verstreuten Angaben von Berne in freier Weise rekonstruiert (1961, p.114/.S.112; 1964, pp.129-130/S.171-173; 1966b, p.344/S.297)

Edith ist als neues Mitglied einer schon seit längerer Zeit bestehenden und in der transaktionsanalytischen Betrachtungsweise geübten Gruppe beigetreten. Nachdem die Gruppe gleich zu Beginn der Sitzung sich für Edith und ihre Probleme interessiert hatte, wandte sie sich einer anderen Teilnehmerin zu, die vom kürzlich erfolgten Tod ihrer Schwester beeindruckt war.

Edith (*hebt unvermittelt ihr rechtes Bein gestreckt in die Luft und sagt*): Ach Gott, da ist wieder eine Masche los! Ich kaufe keine Strümpfe im Warenhaus mehr!– Lieselotte: Hast Du Aufmerksamkeit nötig? – Edith: Ich habe nur eben gesehen, daß eine Masche los ist! – *Lieselotte:* Und teilst uns das mit und demonstrierst die Masche!– Edith: Ich bin eben spontan! Deshalb habe ich weder einen Kropf noch ein Magengeschwür! – Bruno: Ich habe den Blick unter Deinen Rock genossen! Edith: Pfui – daß aber Männer immer gleich so lüstern sind! – Rudi: Wie wir eingehend von Dir gesprochen haben – warum hast Du da nicht gesagt, daß Du gerne Männer erotisch ansprichst? – Edith: Jetzt habe ich gesagt, ich hätte eine Laufmasche und Ihr reagiert darauf mit schmutzigen Gedanken! – Therapeutin: Warum schmutzig? – Edith: Na, ich bitte! – Hanne: Stell Dir vor, alle Frauen hier würden ihr Bein hochheben und

auf eine Laufmasche zeigen! – Edith: Oh! Das würde mich an eine Balletttruppe erinnern! – Therapeutin: Und an was würde Dich die Baletttruppe erinnern? – Edith (*nach einigem Besinnen*): Meine Mutter war vor der Heirat Balletttänzerin. Als ich dreijährig war, verließ sie uns. Mein Vater sagte später, sie habe sich damals einer moralisch etwas zweifelhaften Balletttruppe angeschlossen. Weiß Gott, ob sie noch lebt!

Berne spricht vom «Strumpfspiel», das er der Gruppe der «sexuellen», wohl besser: «erotischen Spiele» zuordnet.

6.1.8 Achtes Beispiel

Eine Gruppenteilnehmerin fragt den Therapeuten und Gruppenleiter: «Herr Doktor, meinen Sie, es würde mir je besser gehen?» Der Therapeut antwortet väterlich: «Natürlich wird es Ihnen besser gehen!» Die Patientin darauf: «Wieso meinen Sie eigentlich, Sie könnten alles wissen?» Die Patientin triumphiert. Der Therapeut, der an seiner ärztlichen Kunst überhaupt nicht gezweifelt hat, ist verdutzt und kommt sich hereingelegt vor. Er hätte ja auch antworten können: «Es kommt auch auf Sie an!», womit auch in diesem Fall der Spielerin «der Wind aus den Segeln genommen worden wäre».

Das Beziehungsverhältnis hat sich gewandelt: Die Patientin ist nach Berne jetzt nicht mehr als hilfsbedürftiges «Kind» unten, der angesprochenen Therapeut als hilfreiche «Elternperson» oben, sondern umgekehrt. Berne nimmt an, die Wandlung des Beziehungsverhältnisses habe die Patientin bereits mit ihrer Frage angestrebt. Von mir aus füge ich bei, dass für die Patientin der Therapeut vermutlich für ihren Vater und ihre Brüder steht, die sie in ihrer Kindheit als allwissend erlebt hat. Der Therapeut seinerseits sieht nach Berne bestätigt, wie undankbar doch Patienten sind.

Was geschehen ist, fasst Berne in Analogie zu einer chemischen Reaktion in einer «Spielformel» zusammen: *Köder* (des Initianten, hier die Frage) trifft auf *Spielanfälligkeit* des Mitspielers (hier grundsärtzlich väterlich-wohlwollende Einstellung zu Patienten), wie sich aus dessen *Reaktion* ergibt. *Offenbarung des eigentlichen Anliegens des Initianten*, – wie ich sage: «Katze aus dem Sack». Es kommt zu einer *Wandlung* des Beziehungsverhältnisses und zur *Verdutztheit* beim Mitspieler. Das *Ziel des Anliegens* ist erreicht und auch der Mitspieler zieht eine *Schlussfolgerung*.

6.2 Weitere Ausführungen zu den psychologischen Spielen

Ich hätte von Berne noch dreißig und mehr Beispiele anführen können, jedes anders als die anderen, aber alle der oben angeführten weiteren oder auch engeren Definition entsprechend. Unter demselben Titel «Spiele» handelt es sich um psychologisch ganz verschiedene Situationen. Berne interessiert sich vor allem um «Spiele», bei denen es den Beteiligten nicht bewusst ist, um was es geht und weiter um «Spiele» im engeren Sinn, die auf einen eindeutigen Nachteil eines der Beteiligten angelegt sind. Nur deshalb kann er sagen, «Spiele» seien immer unredlich (1964, p.48/ S.57), ausnützerisch, ja «von einem existentiellen Standpunkt aus an sich unmoralisch [bad]» (1966b, p.307/S.268). Dazu passt nun allerdings nicht, dass er gleich darauf bemerkt, eine spielfreie Beziehung entspreche zwar einem Ideal der Transaktionalen Analyse, solche Beziehungen seien aber außerhalb kleiner ausgewählter

Kreise kaum je zu verwirklichen. Üblicherweise seien «Spiele» die «interessantesten Möglichkeiten» mitmenschlichen Umgangs und es sei auch nichts dagegen einzuwenden, wenn nur ein Spieler bewusst entscheide, was für «Spiele» er spiele, mit wem er spielen und wie weit er damit gehen wolle (1966b, pp.307f/S.268).

In seinen letzten zwei Werken (1970; 1972) will Berne als «Spiele» nur noch solche Kommunikationsfolgen bezeichnet haben, wie im achten Beispiel geschildert, auf die sich die «Spielformel» mit allen erwähnten Punkten anwenden lässt, insbesondere auch «die Katze aus dem Sack». Damit würden aber alle anderen «Spiele» gleichsam «unter den Tisch fallen», eine nachträgliche Verarmung der Lehre von den «Spielen», welcher die weitaus meisten Schüler von Berne nicht folgen.

Für mich sind die besonders diejenigen «Spiele» die bemerkenswertesten, bei denen für die Beteiligten scheinbar ein sachliches Thema behandelt wird, es aber hinter- oder untergründig um die Beziehung geht. Ich verweise auf die Beispiele, die ich in der Zusammenfassung erwähnt habe: Wenn zwei sich streiten, wer angefangen hat oder wer recht hat oder wer schuld ist, so geht es meistens um eine Rivalität, z.B. um die Frage, wer moralisch besser dasteht. – Insofern ich paartherapeutisch arbeite, sind «Spiele» nach Art des zweiten Beispiels ein wichtiges Thema. – Einladungen zum Spiel «Psychiatrie» oder «Psychotherapie» müssen vom Psychotherapeuten erkannt werden, damit er nicht zum Mitspieler wird. Verhaltenstherapeuten vor oder nach der kognitiven Wende, pflegen den Vertretern der «klassischen» Psychoanalyse vorzuwerfen, sie spielten das Spiel «Archäologie».

Berne sieht eine Beziehung von «Spielen» zur Analyse von Transaktionen. Bei einem Spiel ‹‹Psychiatrie» wie bei meinem sechsten Beispiel, meint er, der Patient sage als «Erwachsener»: «Ich komme, um geheilt zu werden!» und als «Kind»: «Es wird dir niemals gelingen, mich zu heilen, aber mich zu lehren, ein besserer Neurotiker zu werden» (1964, p.155/S,214). Er spricht ganz allgemein beim erfolgreichen Ablauf eines «Spiels» von einer sozialen Ebene der Transaktionen und von einer psychologischen Ebene, wie bei meinem Beispiel für eine doppelbödigen Transaktion (↗5.1.3), bei der es sich übrigens auch um ein Spiel handelt. Berne realisiert nicht, dass *jede* Transaktion auf einer sachlichen Ebene und auf einer Beziehungsebene verläuft und dass sich diese Tatsache nicht zur Deckung bringen lässt mit den drei Ich-Zuständen. Meines Erachtens trägt die transaktionsanalytische Auslegung nacjh Berne nichts zur Psychologie der «Spiele» bei. Berne ist aber der Ansicht, dass nicht «Transaktionale Analyse» zu heißen verdiene, was sich nicht auf Ich-Zustände zurückführen lasse, und muss dem wohl selber gerecht werden.

Berne sieht, zum mindestens bei den «Spielen», die einen Psychotherapeuten interessieren, eine Beziehung zum Skript. Auf ein Skriptmotto des Spielers stoßen wir, wenn wir ihn den Satz ergänzen lassen: «Da sieht man einmal mehr, dass ... », so zum zweiten Beispiel: « ... Frauen unfähig sind, sich zu entscheiden!», beim dritten: « ... Männer immer verlangen, dass ihnen gehorcht wird!», beim siebenten (Strumpfspiel) vielleicht: « ... Männer immer nur dasselbe im Sinn haben!», beim achten: « ... Männer immer meinen immer, sie wüssten alles!». Berne nennt «Spiele» deshalb Skriptfragmente oder Skriptkomponenten

7. Die Grundeinstellungen

In der Transaktionalen Analyse werden vier Grundeinstellungen voneinander unterschieden: (1.) «Ich bin O.K., du bist O.K; (2.) «Ich bin O.K., du bist nicht O.K.»; (3.) «Ich bin nicht O.K.; du bist O.K.»; (4.) «Ich bin nicht O.K., du bist nicht O.K.» (Berne 1962; 1966b, pp. 270-274; 1969; 1972, pp. 85-89/S. 106-112).

Am treffendsten lässt sich sagen, es handle sich bei den vier Grundeinstellungen um den Ausdruck von Selbstwertgefühlen. Wer unter Minderwertigkeitsgefühlen leidet, ist in der Grundeinstellung «Ich bin nicht O.K., du bist (oder die anderen sind) O.K.!». Wer sich anderen überlegen erlebt, nimmt die Einstellung ein: «Ich bin O.K., du bist (die anderen sind) nicht O.K.!». Es braucht sich dies nicht in einer Arroganz zu zeigen, im Gegenteil: eine solche weckt den Verdacht der Kompensation von Minderwertigkeitsgefühlen. Ein Überlegenheitsgefühl kann sich z.B. in einem Team darin zeigen, dass der Betreffende, wenn ein Problem zu lösen ist, sagt: «Ich übernehme das!». Es kann auch darin zum Ausdruck kommen, dass der Betreffende in einer Diskussionsgruppe die Führung übernimmt oder aber schweigt, bis er nach seiner Meinung gefragt wird. Die Grundeinstellung «Ich bin nicht O.K. du bist (die anderen sind) nicht O.K.», wer niemandem viel zutraut und keinen Sinn im Leben sieht. Leute mit dieser Grundeinstellung dem Leben gegenüber können sich, wie Berne schreibt, solidarisch gewohnheitsmäßig in «Nicht-O.K.-Bars» treffen. Ein im besten Sinn gesundes Selbstwertgefühl entspricht der Haltung: «Ich bin O.K., du bist O.K.», d.h. ist mit keiner stillen oder lauten «Entwertung» weder von sich noch von anderen verbunden. Es heißt dies aber durchaus nicht, dass er überzeugt ist, dass an seiner Gesinnung oder an seinem Verhalten oder derjenigen, denen er begegnet, nichts auszusetzen ist. Immer aber respektiere ich wie mich so den anderen als Person. Nach Ted Novey ist, wer «in 95%» diese Grundeinstellung einnehmen kann, sicher gesund, ein vordem behandelter Patient geheilt (Novey 1980).

Es ist eine Frage der Entscheidung, ob ich diese Grundeinstellung einnehme. Es ist für viele überraschend, dass diese «gesunde» oder «konstruktive» Grundeinstellung mit Erfolg geübt werden kann und zwar überall, wo Menschen sind, also in jeder gesellschaftlichen Situation, auch nur schon beim Warten an einer Tramhaltestelle gegenüber den anderen Wartenden.

In meinen Intensivgruppen zur Selbsterfahrung pflege ich eine Übung anzuordnen, die erfahrungsgemäß für die Teilnehmer eindrucksvoll ist:

Übung «Ich bin O.K., du bist O.K.» für Teilnehmer an Selbsterfahrungsgruppen

Je zwei Teilnehmer, die sich von außerhalb der Gruppe nicht näher kennen, sollen einander gegenübersitzen. Ich fand es immer gut, wenn das ungewohnter Weise am Boden sitzend gemacht wird, etwa zwei Meter voneinander entfernt, damit nicht eine Intimitätsübung daraus wird. Die beiden sehen sich ruhig und locker an. Es ist nicht notwendig, sich krampfhaft in die Augen zu sehen, aber sie sind auf die Präsenz des anderen konzentriert. – Ich sage suggestiv ruhig und langsam, jeden Satz wiederholend:

«Ich bin O.K.; du bist O.K.» – «Ich darf auf dieser Welt sein; du darfst auf dieser Welt sein!» – «Ich bin nicht über dir; du bist nicht über mir!» – «Ich bin nicht unter dir; du bist nicht unter mir!» – «Ich darf eigene Bedürfnisse, Gefühle und Meinungen haben; du darfst eigenen

Bedürfnisse, Gefühle und Meinungen haben!» – «Ich weiß, dass ich Fehler habe; ich gestehe auch dir zu, dass du Fehler hast!» – «Ich muss dir nicht beweisen, dass ich jemand bin; du musst mir nicht beweisen, dass du jemand bist!» – «Ich darf mich verändern; du darfst dich verändern!» – «Ich bin wichtig; du bist wichtig!» – «Ich achte mich als Mensch; ich achte dich als Mensch!» – «Ich bin so, wie ich bin; du bist so, wie du bist!» – «Ich bin dir ebenbürtig; du bist mir ebenbürtig!» – «Ich habe meine Geschichte, nach der ich geworden bin; du hast deine Geschichte, nach der du geworden bist!» – «Ich bin O.K., du bist O.K.!» – – – – Nach einer Pause wiederhole ich die Sätze.

Wer darauf geachtet hat, was während der einzelnen Sätze in ihm vorging, hat vielleicht gemerkt, wo er Schwierigkeiten hat, eine O.K.-Einstellung einzunehmen.

....

8. Ausblendung

Was ich «Ausblendung» nenne, entspricht etwa dem, was populär als «blinder Fleck» bezeichnet wird (frei und das Wesentliche hervorhebend nach Schiff u. Mitarb. 1975, S.14-18 – Discounting). Eine Ausblendung kann mehr oder weniger elementar sein und erfolgt auf verschiedenen «Stufen»:

Nehmen wir einmal an, es herrsche Grippe im Land. Ich rüste mich zu Hause zur Abreise an einen Kongress im Ausland und (1.) nehme nicht wahr, dass ich an Halsschmerzen und Fiebergefühl leide (*Ausblendung einer Wahrnehmung*), (2.) vielleicht aber nehme ich es wohl wahr, aber sehe weiter kein Problem dabei (*Ausblendung der Problematik einer Wahrnehmung*), (3.) möglicherweise aber ich sehe das Problem wohl, aber denke mir: «Was soll ich da machen? Ich bin angemeldet!» (*Ausblendung der Möglichkeit einer Lösung des Problems*) oder (4.) ich sehe sehr wohl ein, dass es das Klügste wäre, zu Hause zu bleiben («Meine Frau würde sich jetzt zu Bett legen»), «Aber was würden die von mir denken – wohl ich würde mich drücken!» (*Ausblendung, vielleicht besser Abwehr, das zu tun, was ich sinnvoll finde*).

Der Leser dieser Zeilen stelle sich vor, was bei jeder Ausblendung das richtige Wort der Gattin oder eines Freundes wäre, um mich auf die Ausblendung aufmerksam zu machen, in jedem Fall ein anderes: (1.) «Du siehst fiebrig aus!», (2.) «Du könntest eine Grippe bekommen!», (3.) «Am besten bleibst du hier und legst dich zu Bett!», (4.) «Deine Gesundheit ist wichtiger!».

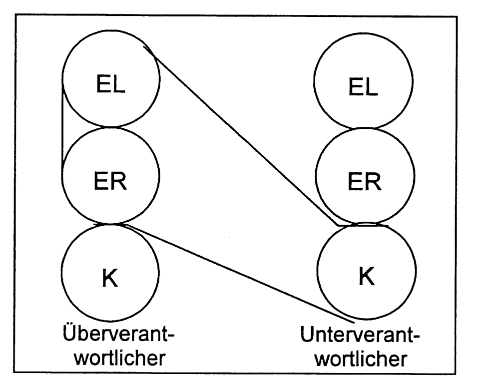
Die verschiedenen Stufen, auf denen ausgeblendet werden kann, sind eine für die Praxis wichtige Erkenntnis. Es hat sich mir z.B. im therapeutischen Umgang mit Nikotinsüchtigen oder Alkoholikern bewährt. Wenn ein Alkoholsüchtiger zu mir kommt, suche ich im einleitenden Gespräch herauszufinden: (1.) Realisiert er, wie viel er trinkt? Häufig realisiert er es nicht und ich lasse ihn einige Tage genau notieren, was er trinkt und wie viel. (2.) Realisiert er die damit gegebene gesundheitliche und häufig auch soziale Problematik? (3.) Weiß er, was zur Lösung dieser Problematik getan werden kann? (4.) Ist er gewillt und ist es ihm innerlich möglich, das zu tun, was er sinnvoll findet? – Ich muss ihn auf derjenigen Stufe «abholen»,

auf der er ausblendet. Kommt er zu mir, weil er die Problematik seiner Sucht wohl kennt, ist es sinnlos, wenn ich sage: «Wissen Sie eigentlich, dass es schädlich ist, zuviel zu trinken?» .

Von der Stufe, auf der ich einen ausblendenden Patienten «abhole», habe ich ihn von Stufe zu Stufe «zu begleiten».

9. Die «symbiotische Haltung» als Ausdruck mangelnder Eigenständigkeit und mangelnder Abgrenzung

In der Biologie wird unter «Symbiose» eine Lebensgemeinschaft verschiedener Arten von Pflanzen und Tieren zu gegenseitigem Vorteil verstanden. In der Psychologie wird unter «Symbiose» eine mitmenschliche Gemeinschaft verstanden, in der beide, selten mehrere Partner emotional aufeinander angewiesen sind. Dabei gilt die ursprüngliche Beziehung zwischen Mutter und Säugling oder jungem Kleinkind als Musterbeispiel. Auch diese Symbiose wird aber dysfunktionell, wenn sie sich nicht im Maße der Verselbständigung des Kindes auflöst («überdauernde Mutter-Kind-Symbiose») oder wenn emotional ein Rollenwechsel stattfindet, wenn die Mutter sich kindliche Wünsche von ihrem noch unerwachsenen Kind erfüllen lässt («Rollenumkehr»).



Die primäre Symbiose zwischen Mutter und Kind wird in der Transaktionale Analyse zum Gleichnis für eine *unbedacht* und *gewohnheitsmäßig* komplementär gestaltete Beziehung zwischen zwei (selten mehr) Individuen, von denen eines vom anderen bewusst oder unbewusst anerkannt einen psychologisch höheren Rang einnimmt. Das ist der Fall, wenn jemand bedacht oder unbedacht die Verantwortung auch für den anderen übernimmt, ihn bestimmt oder umsorgt und dieser sich darein fügt, gleichsam «entmündigt» zu werden, obgleich an sich zur Eigenständigkeit befähigt wäre. Dies ohne dass eine Vereinbarung über die Rollenverteilung stattgefunden hätte. Wir können dann von zwei Menschen mit je einer *sich ergänzenden, komplementären symbiotischen Haltung* sprechen, einem *Überverantwortlichen* oder *Bestimmenden* und einem *Unterverantwortlichen* oder *Bestimmten.*

In einer Gruppe fragen Teilnehmer einen anderen: «Wo möchtest du deinen Urlaub verbringen?» und erhalten die Antwort: «Ich weiß noch nicht, wohin Hilde [seine Ehefrau] will!». Die Teilnehmer fragen weiter und versuchen herauszufinden, wo der Befragte nun wirklich von sich aus die Ferien verbringen möchte, was sich als sehr mühsam erweist. Dabei geht es vorerst nicht darum, dass er dies nicht sagen möchte, sondern dass er die Frage gleichsam nicht versteht. Er muss zuerst entdecken, dass auch er Bedürfnisse haben darf in einer Angelegenheit die beide, seine Frau und ihn angeht.

In der Transaktionalen Analyse besteht die Vorstellung, innerhalb einer symbiotischen Beziehung würde der Überverantwortliche für beide bei Bedarf seine Elternperson oder seine Erwachsenenperson aktivieren, während der Unterverantwortliche im Zustand eines abhän-

gigen oder manchmal vielleicht auch rebellischen Kindes verharre. Es wird dies durch ein entsprechendes Diagramm illustriert (siehe rechts). Ich nehme an, das Diagramm wurde konstruiert, um der Ansicht von Berne gerecht zu werden, dass, was sich nicht auf Ich-Zustände zurückführen lasse, keine Transaktionale Analyse sei!. Nach meiner Erfahrung ist der Überverantwortliche aber oft auch in «kindlichen Angelegenheit» («Wozu habe ich Lust?» oder «Wozu habe ich keine Lust?») der Bestimmende.

Es kommt vor, dass zwei Individuen mit gleichartiger symbiotischer Haltung zusammentreffen. Vielleicht wollen beide die bestimmende Rolle übernehmen und erwarten vom anderen, dass er sich bestimmen lässt und versuchen ihn, wenn sie eine nahe Beziehung aufrechterhalten wollen, ganz unbedacht in diese komplementäre Rolle hineinzumanövrieren. Genau analog, wenn zwei zusammentreffen, welche sich lieber bestimmen oder umsorgen lassen. Es handelt sich in diesen beiden Fällen nicht um sich ergänzende, sondern *um rivalisierende symbiotische Haltungen.*

In der Transaktionale Analyse wird oft schon der geringste Mangel an Eigenständigkeit oder Autonomie als «symbiotisch» bezeichnet, z.B. wenn ein Teilnehmer einer Wanderung am Ende sagt: «*Wir* sind müde und haben Hunger!» statt «*Ich* bin müde und habe Hunger!». Dabei handelt es sich aber um eine andere Art Symbiose als oben beschrieben.

10. Grundbedürfnis nach emotionaler Zuwendung («Streicheln») und Grundbedürfnis nach Zeitgestaltung

10.1 Grundbedürfnis nach emotionaler Zuwendung

Großer Nachdruck wird in der Transaktionalen Analyse gelegt auf dieses Grundbedürfnis. Dabei ist eine wichtige Erfahrung: Lieber negative emotionale Zuwendung als gar keine. Ein Kind, das von seinen Eltern kaum beachtet wird, obgleich es Beachtung, Geborgenheit, Unterstützung bräuchte, um sich gesund entwickeln zu können (⇗Bindungstheorie), kann durch Rebellion und Unart Beachtung erzwingen.

10.2 Grundbedürfnis nach «Zeitgestaltung» oder nach mitmenschlichem Umgang

Berne selbst sprach von einem Grundbedürfnis nach Zeitgestaltung, um, wie in der Umgangssprache gesagt wird, «tötlicher» Langeweile zu entgehen und zählte verschiedene Möglichkeiten auf, wie wir unsere Zeit verbringen können: (1.) durch *Rituale* («Guten Tag! Wie geht's?») und *Zeremonien* (Gottesdienst, Trauermahl); – (2.) durch *Zeitvertreib* (Partygespräche); – (3.) durch *Aktivität* (Arbeit, Spiel); – (4.) durch p*sychologische Spiele*; – (5.) durch *Intimität* im Sinn einer vertraulichen mitmenschliche Nähe – (6.) durch *Rückzug* (für sich in Gedanken, auch in einer Gesellschaft).

Die Tatsache, dass Berne nicht berücksichtigte, wie jemand allein die Zeit verbringen kann, zeigt, dass es zugleich um mitmenschliche Umgangsformen ging. Es geht dies auch ganz klar aus dem Kontext hervor. Was Berne als «Intimität» im Sinn einer vertrauten Beziehung bezeichnet, hat im Rahmen der Transaktionale Analyse eine besondere Bedeutung, da Berne vermutet, dass jeder mitmenschliche Umgang außer «Rückzug» letztlich Nähe suche.

So seien Rituale, Zeitvertreib «eigentlich» Ausdruck einer Suche nach Intimität und «Spiele» ein Ersatz für eine solche.

11. Gewinner und Verlierer

Deutlich wurde mir bewusst, was ein Gewinner und ein Verlierer genannt werden kann, wie ich an einem nebligen Tag mit der Bahn am Zürichsee entlang fahre. Ein Mitfahrer vor mir sagt zu seinem Nachbarn: «Wie schrecklich, dieser Nebel! Kein Blick auf das andere Ufer!» und hinter mir höre ich einen Mann zu seiner Frau sagen: «Wunderbar, dieser Nebel, so geheimnisvoll, fast unwirklich! Wie im Gedicht von Hermann Hesse: ‹Seltsam im Nebel zu wandern ... ›». Ich kann mit Berne darüber phantasieren, was der eine oder der andere sich wohl sagt, wenn ihm ein Fehler bei der Arbeit passiert. Der eine wird sich abgewertet erleben, wenn er nicht sogar ungerechtfertigt jemand anderem die Schuld gibt, z.B. seinem Vorgesetzten, der ihm so «unmögliche» Aufgaben gibt; dem anderen wird nicht gleichgültig sein, dass er einen Fehler begangen hat, aber er wird sich überlegen, wie das geschehen konnte und daraus lernen, den Fehler nicht zu wiederholen.

Für Berne unterscheiden sich aber Gewinner und Verlierer nicht nur durch die skizzierte Verschiedenheit ihrer Haltung, sondern auch darin, dass der eine als Folge dieser Haltung tatsächlich gewinne, d.h. seine Ziele erreiche, der andere aber verliere, d.h. seine Ziele nicht erreiche, nur schon weil ein Gewinner seine Ziele realistisch setze, ein Verlierer unrealistisch. Letzterer, um sich zu beweisen, dass das Schicksal ihn zum Versager bestimmt hat! Als Beispiele stellt sich Berne nicht nur jemanden vor, der sein Vermögen möglichst gewinnbringend anlegen will oder einen Pokerspieler, sondern Psychotherapeuten. Auch bei diesen gebe es Gewinner und Verlierer, was ein Patient schon nach wenigen Sitzungen festzustellen pflege.

Ein Mensch werde «als Gewinner geboren», sagt Berne, aber die Erziehung entscheide, ob er zu einem Gewinner werde oder zu einem Verlierer. Damit ist meines Erachtens bereits gesagt, dass Menschen genau besehen, nicht als Gewinner geboren werden, sondern nur mit der Möglichkeit, zu Gewinnern erzogen zu werden. Es gebe Menschen mit Gewinnerskripts und solche mit Verliererskripts, neben den seltenen skriptfreien Menschen.

12. Lieblingsgefühle, vertraute Verstimmung, Ersatzgefühle [alle auch als «Racketgefühle» bezeichnet], Rabattmarken

Berne spricht von Lieblingsgefühlen [favorite feelings, favored feelings], Goulding, der ihm weitgehend folgt, von vertrauten Verstimmungen [familiar unpleasant feelings].

Um was für eine Beobachtung es sich handelt, ergibt sich aus einer umgangssprachlichen Redeweise. Meine Frau sagte kürzlich über eine Nachbarin: «Weißt du», sagte sie, «Frau Huber ist jemand, die sich gern ärgert!». Hier wäre Ärger als Lieblingsgefühl oder als vertraute Verstimmung von Frau Huber diagnostiziert! Es heißt nicht, dass Frau Huber ständig verärgert ist, aber dass sie gerne Gelegenheiten sucht, auch z.B. bei der Zeitungslektüre, um sich ärgern zu können. Wenn sie ein Unbehagen fühlt oder vor Schwierigkeit steht, tritt bei ihr Ärger auf andere auf, statt dass sie dem Unbehagen auf den Grund geht und das

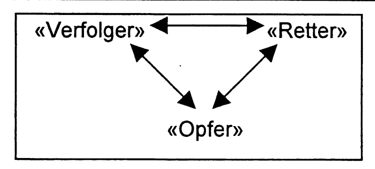
Problem zu lösen versucht. Eine junge Frau ruft jedesmal, wenn sie sich gut fühlt, ihre Schwiegermutter an, worauf sie wieder einmal Anlass hat, sich niedergeschlagen zu fühlen, was sie nach Vermutung von Transaktionsanalytikern, ohne dass es ihr bewusst gewesen wäre, mit dem Anruf bezweckt hat (James u. Jongeward 1971, p.213/S.221). Es würde dies heißen, dass es ihr unbehaglich ist, sich gut und glücklich zu fühlen, vielleicht weil es nicht «verdient» zu haben glaubt. Die Niedergeschlagenheit wäre hier ihr Lieblingsgefühl, auch «Racket-Gefühl» und das Verfahren, um dazu zu kommen, ihr «Racket» – meines Erachtens allerdings nicht eben gerade die richtige Bezeichnung für das, was hier damit gemeint ist, ist die Bedeutung von «Racket» doch ein «unsauberes Geschäft» (im Slang auch eine berufliche Betätigung).

Lieblingsgefühle haben ihre Geschichte. Nach Berne waren sie in der Herkunftsfamilie bereits üblich als Reaktionen auf Schwierigkeiten. Berne hat beobachtet, dass das Lieblingsgefühl sich häufig, ja typischerweise dann einstellt, wenn ein Problem zu lösen wäre und hält uns dann ab, das Problem ungesäumt anzupacken.

Vielfach wird heute von Transaktionsanalytikern unter Racket nicht ein Lieblingsgefühl im Sinn von Berne, sondern ein sogenanntes *Ersatzgefühl* nach Fanita English verstanden, d.h. ein Gefühl, das stereotyp an Stelle eines seit Kindheit verdrängten oder abgewehrten Gefühls auftritt, das der Situation besser entsprechen würde (English 1971/1972). Einem Kind ist verboten worden, wütend zu sein. Statt dessen stellt sich in Situationen, in denen andere wütend würden, Trauer ein, denn Trauer war in der Kindheit erlaubt.

Von «Rabattmarken» wird in der Transaktionale Analyse gesprochen, wenn jemand Gefühle, die er – nicht ohne sein Zutun – immer wieder erlebt, «sammelt», um sich, wenn es ungute Gefühle sind, eben Lieblingsgefühle, schließlich berechtigt zu sehen, selbstdestruktive Handlungen zu begehen, z.B. eine Sauftour zu unternehmen, gar sich umzubringen oder, wenn es ausnahmsweise gute Gefühle sind, sich etwas Positives zu gönnen, z.B. einige zusätzliche Freitage oder einen luxuriösen Einkauf.

13. Die manipulativen Rollen oder das Drama-Dreieck nach Karpman



Es kommt vor, dass jemand, der anderen begegnet, in einer bestimmten Rolle befangen ist und vom anderen erwartet, dass er eine zu der seinen komplementäre Rolle einnimmt (Karpman 1968). Vielleicht begegnet er anderen in einer Verfolger-Rolle, aus der heraus derjenige, der ihm begegnet, kritisiert oder zurechtgewiesen wird. In der Retter-Rolle will jemand anderen helfen, ohne darum gebeten worden zu sein. In einer Opfer-Rolle lädt jemand andere ein, ihn zu «verfolgen» oder ihn zu «retten». Häufig wird nicht realisiert, dass die Opfer-Rolle ebenfalls eine manipulative Rolle ist! Zu bedenken ist, dass die drei Bezeichnungen sehr krass sind; im Alltag handelt es sich um Andeutungen. Es gibt Menschen, die bei Begegnungen und erst Recht bei Auseinandersetzungen versuchsweise irgend eine der Rollen oder alle drei nacheinander «ausprobieren». Es ist, wie wenn sie sich einen mitmenschlichen Kontakt nur über eine solche Rolle vorstellen könnten und nicht einfach «von Mensch zu Mensch».

Ich konnte bei der Leitung von Supervisionsgruppen mehrfach erfahren, dass ein Supervisierter verärgert über einen Patienten berichtet hat, der offensichtlich auch bei bester Behandlung nicht geheilt werden «wolle». Er ist in einer Verfolger-Rolle. Dann ist fast mit Sicherheit daraus zu schließen, dass er zuvor dem Patienten in der Retter-Rolle begegnet ist, denn sonst wäre er vielleicht betrübt, aber nicht beleidigt, wenn es ihm nicht gelungen ist, diesen zu heilen! Andere Supervisierte kamen sich in derselben Situation als Opfer vor: «Ich habe kläglich versagt!». Auch in einem solchen Fall war dieser zuvor dem Patienten gegenüber in einer Retter-Rolle. Es zeigen diese Beispiele die nicht seltenen «Rollenverschiebungen».

14. Die Transaktionale Analyse als Therapie

Die Transaktionalen Analyse empfiehlt nicht ein geschlossnes definierbares therapeutisches Verfahren. Ihre Anregungen zum therapeutischen Vorgehen sind vielfältig und zahlreich. Es hat dies seinen Grund nicht zuletzt in ihrer Offenheit gegenüber Tiefenpsychologie, kognitiver Therapie, Gestalttherapien und Kommunikationstherapie. Ich kann in diesem Überblick nur Akzente setzen.

14.1 Therapie auf den Gewinn an Einsicht angelegt und zugleich auf die Einübung neuer Verhaltensweisen

In der Geschichte der Psychotherapie galten die tiefenpsychologischen Verfahren als solche, die sich an Einsicht orientierten und die verhaltenstherapeutischen Verfahren als solche, die sich an Verhaltensmodifikationen orientierten. Die Vertreter der letzteren bestritten, dass Einsicht allein zu einer Wandlung der Persönlichkeit führen könne. Die Transaktionsanalyse zeichnete sich von Anfang an darin aus, dass bei ihr auch Einsicht «verwandeln» und damit zu Verhaltensmodifikation führen kann. Wenn in der Tiefenpsychologie von «Einsicht» gesprochen wird, ist immer «verwandelnde Einsicht» gemeint. In der Transaktionsanalyse wird bei den Behandlungsverträgen das Ziel vorzugsweise verhaltensbezogen formuliert. Ich pflege zu fragen: «Und an was werden Sie, werde ich und wird Ihre Umgebung merken, dass Sie Ihr Ziel erreicht haben?».

Eine Verhaltensmodifikation, kann auch auf Anregung eines Psychotherapeuten vom Patienten bewusst im Alltag eingesetzt werden und bei positivem Erfolg zu einer «neuen Spontaneität» führen!

14.2 Die «Vertragsorientiertheit» der Transaktionale Analyse

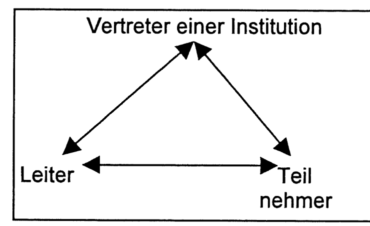
In der Transaktionalen Analyse wird in verschiedener Hinsicht von «Verträgen» gesprochen. Treffender wäre der Ausdruck «Übereinkünfte», da es sich nicht um Geschäfte handelt. Das Wort «Vertrag» [contract] soll die Verbindlichkeit betonen.

Ganz im Vordergrund steht der *Behandlungsvertrag*. Es handelt sich dabei um eine verbindliche Übereinkunft über das Ziel der Behandlung, wie dies andere Psychotherapiemodelle auch kennen. Ich habe das Schema eines Behandlungsvertrages auf Grund der Anregung durch verschiedene Autoren, insbesondere Muriel James und Dorothy Jongeward, und

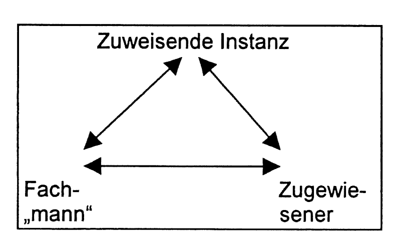
meinen eigenen Erfahrungen in Form von Fragen formuliert, die sich mir als Leitlinie und auch zu Demonstration in Seminaren bewährt haben:

1. «Was wollen Sie an sich verändern?» – 2. «Wie werden Sie, wie werde ich, wie wird Ihre Umgebung im Alltag merken, daß Sie Ihr Ziel erreicht haben?» – 3. «Wie könnten Sie sich daran hindern, das zu erreichen, was Sie erreichen wollen?» oder: «Auf was müssen Sie verzichten, wenn Sie das erreichen wollen?» – 4. «Wollen Sie das wirklich erreichen oder meinen Sie nur, Sie sollten das erreichen?» – 5. «Wenn Sie es wirklich erreichen wollen: Was wäre der erste kleine Schritt in diese Richtung?»

Natürlich muss die Formulierung dem Verständnisniveau des Patienten angepasst werden. Die Beantwortung mit Anregungen und Unterstützungen des Therapeuten kann eine halbe Stunde dauern oder zehn Sitzungen. Allenfalls, wenn das erste Ziel durch ein anderes ersetzt wird, müssen die Fragen neu angesetzt werden. Es handelt sich um einen Leitfaden für den Therapeuten und nicht um eine Anleitung zu einer Fünfminutentherapie!



Ich erwähne noch den *Dreiecksvertrag*, Ein solcher ist nach Fanita English aktuell, wenn eine Selbsterfahrungsgruppe durch den Vertreter einer Institution angeordnet wird, z.B. durch den Chefarzt einer psychiatrischen Klinik für die Assistenten (English 1975). Dann hat der Leiter mit der Gruppe gleich zum Beginn zu klären, was der Chefarzt einerseits vom Leiter und andererseits von den Teilnehmern erwartet und inwiefern der Leiter und inwiefern die Teilnehmer diesen Erwartungen nachkommen wollen. Der Leiter darf keinesfalls von den Teilnehmern als Vertreter des Chefarztes erlebt werden und die Teilnehmer dürfen sich nicht gezwungen sehen, «folgsame Kinder» sein zu müssen. Zwischen ihnen und dem Leiter hat es zu einer Übereinkunft zu kommen, inwiefern und wie sie den Erwartungen des Chefarztes nachkommen wollen. Gegebenenfalls sind auch mit dem Chefarzt die Erwartungen zu klären.



Ein analoger Dreiecksvertrag drängt sich nach mir (L.S.) auch auf, wenn z.B. die Eltern einen Jugendlichen zu einem Berufsberater schicken. Eine echte Begegnung zwischen diesem und seinem jugendlichen Kunden ist erst möglich, wenn zuerst die Beziehung beider zu dessen Eltern in einem gemeinschaftlichen Gespräch geklärt worden sind. Ähnlich bei Zuweisung eines Klienten durch eine Behörde an einen Sozialarbeiter oder Psychotherapeuten usw. (Schlegel 1979/[4]1995, S.287f).

In der Transaktionale Analyse wird auch vom einem *Explorationsvertrag* gesprochen. gemeint ist eine Übereinkunft zwischen Therapeut und Patient, dass Ersterer besonders in den ersten Sitzungen Fragen stellen darf, die ihm die Einfühlung in den Patienten und seine Welt erleichtern. Es wird auch ein *Konfrontationsvertrag* erwähnt, eine «Abmachung», dass der Therapeut den Patienten – allenfalls durch Unterbrechung – darauf aufmerksam machen darf, wenn er etwas äußert oder außer- oder innerhalb der Sprechstunde ein Verhalten zeigt,

dass seinem Selbstbild oder dem Ziel, das er sich gesetzt hat, widerspricht oder ihm schadet. Im Grunde genommen handelt es sich beim Exploration- und Konfrontationsvertrag um eine formale Bitte an den Patienten um Erlaubnis zu Explorationen und zu Konfrontationen.

Hinter allen sogenannten Verträgen steht das Besteben, das hierarchische Gefälle vom Therapeuten zum Patienten weitestmöglich zu mildern oder sogar aufzuheben, da sonst keine echte Begegnung möglich ist.

14.3 Die «Entscheidungsorientiertheit» der Transaktionale Analyse

Das Wort Entscheidung hat im Rahmen der Transaktionsanalyse nicht immer dieselbe Bedeutung. Auf was es mir in diesem Zusammenhang ankommt, ist folgendes: Wenn ein Klient im Laufe einer Behandlung auf alle Vorteile, die ihm die Neurose bieten könnte, verzichtet und sich mutig und allenfalls in Widerspruch zu seiner inneren «Elternperson» («Du sollst ... », «Du musst ... ») zu einer Änderung seines Bezugsrahmens entschließt, sozusagen sein Skript fallen lässt (Berne: «flipping in» – 1972, pp.335-362/S.402-409), handelt es sich um eine Entscheidung. Der Klient braucht dann nach Berne noch nicht geheilt zu sein, d.h. er kann noch Beschwerden haben und seine Beziehungsschwierigkeiten dauern vielleicht noch an. Trotzdem ist eine solche Entscheidung nach Berne nicht nur ein erster Schritt, sondern der entscheidende Schritt zur Heilung! (Berne 1972, pp.362-364/S.409-412). «Die Transaktionsanalyse versucht nicht, den Klienten gesund zu machen, sondern ihm eine Haltung zu ermöglichen, in der er als Erwachsenenperson entscheiden kann, ob es ihm besser gehen soll» (Berne 1966b, p.245). Siehe dazu später auch die Ausführung über Neuentscheidung! – Auch hier ist nur der *Nachdruck* auf der «Entscheidungsorientiertheit» eine Besonderheit der Transaktionale Analyse.

14.4 Anleitung und Übung zur Emanzipation der ungetrübten «Erwachsenenperson»

In der Transaktionale Analyse ist es ein wichtiges Anliegen, dass die Patienten zu allererst lernen, einen von Vorurteilen und Wunschdenken, erst recht natürlich von wahnhaften Ideen freien Erwachsenen-Ich-Zustand oder ihre «Erwachsenenperson» zu mobilisieren und von ihrem Kind-Ich-Zustand oder ihrem «Kind» und von ihrem Eltern-Ich-Zustand oder ihrer «Elternperson» zu unterscheiden. Viele Klienten und Patienten müssen zuerst die Möglichkeit entdecken, einen Erwachsenen-Ich-Zustand einzunehmen oder – gleichbedeutend – ihre «Erwachsenenperson» zu aktivieren. Dann müssen sie sich darin üben, ein «objektives» Urteil und eine darauf beruhende Entscheidung zu fällen, wenn immer das angemessen ist. Es kann dies schwierig sein, wenn die Umstände eine Versuchung bedeuten, kindlich oder elternhaft zu reagieren. Die Mobilisierung oder Aktivierung der «Erwachsenenperson» setzt die Fähigkeit voraus, über die Ich-Zustände zu verfügen. Zum Erwachsenen-Ich-Zustand oder zur «Erwachsenenperson» gehört auch, wie ich von mir aus feststelle, eine zureichende Angst-, Konflikt-, Ambivalenz- und Frustrationstoleranz.

Der Einsatz der «Erwachsenenperson» zur Behebung von Trübungen entspricht genau der ⇗Kognitiven Therapie!

14.5. Skriptanalyse

siehe Beispiele 1 uns 2 unter Skript

Das Skript enthält Antworten auf die Fragen «Wer bin ich?», «Wer sind die anderen?», «Wie ist die Welt und wie ist das Leben?», schließlich «Wie werde ich das Leben bestehen?» oder krasser ausgedrückt: «Wie werde ich überleben?» und zwar als im Allgemeinen unbedachte Überzeugungen oder Annahmen, die sich aus Schlüsselerlebnissen in der frühen Kindheit ergeben, von denen eine prägende Wirkung ausging. Die Antwort auf diese Fragen entsprechen Schemata der ↗Schematherapie, die durch die Transaktionale Analyse vorweggenommen worden ist, diese aber auch klärt (↗Transaktionale Analyse in Beziehung zu anderen Verfahren, 10).

Einen Leitfaden zur Skriptanalyse bilden die destruktiven Grundbotschaften, Einschärfungen oder existentiellen Annahmen [beliefs] nach Campos (1970) und Goulding (1972) sowie die fünf Antreiber nach Taibi Kahler und Hedge Capers (1974).

Destruktive Grundbotschaften als Schlussfolgerungen auf Schlüsselerlebnissen aus der frühen Kindheit oder Deutungen von, allenfalls missverstandenen, emotionalen Äußerungen der Eltern:

«Sei nicht!» (Besser, du wärst nicht geboren worden); «Sei nicht wichtig!»; «Bleib ein Kind!» oder «Werde nicht erwachsen!»; «Sei kein Kind!» (sondern immer ernsthaft und vernünftig!); «Sei nicht du selbst!» (kein Bub, kein Mädchen, nicht rothaarig, nicht von kleiner Statur usw.); «Komm niemandem nah!»; «Schaff es nicht!» u.ä. (siehe Beispiele unter «Skript»).

Antreiber: «Sei immer perfekt!», «Sei immer liebenswürdig!», «Streng dich immer an!», «Beeil dich immer!», «Sei immer stark!».

Es handelt sich um etwas wie «bürgerliche Tugenden». Nach Kahler steht das Bestreben einen der fünf Antreiber zu erfüllen im Vordergrund, es folgt an Wichtigkeit ein zweiter usw.

Bei Patienten und Gruppenteilnehmern mit geschärfter Introspektion können bei Aufzählung der fünf Antreiber oft sofort sagen, welcher oder welche bei Ihnen im Vordergrund stehen. Schwieriger ist es, maßgebende destruktive Grundbotschaften oder Einschärfungen bei sich zu erkennen, aber oft ist in einer Gruppe auch dies durch Besinnung möglich. Aufschluss über Antreiber und destruktive Grundbotschaften gibt aber häufig auch der Lebenslauf, die Wahl des Berufs und der Liebhabereien, häufige Äußerungen bei Ereignissen und Begegnungen.

Skript-Interviewfragen können weiterführen, z.B.«Was ist das Schlimmste, was dein Vater/deine Mutter je zu dir sagte?». In der Literatur zur Transaktionalen Analyse gibt es einen ganzen Katalog solcher Fragen. – Aufschlussreich sind auch *geleitete Phantasien*, z.B. «Du gehst in die erste Klasse der Grundschule. Auf dem Weg nach Hause bist du gestürzt und kommst hinkend und weinend mit einem blutigen Knie nach Hause. Die Familie ist bereits um den Mittagstisch versammelt. Was sagt und tut dein Vater? was die Mutter?». – Die *Faszinationsgeschichte* aus der frühen Kindheit, meistens ein Märchen oder eine Tiergeschichte können Aufschluss geben. «Mit welcher Figur hast du dich identifiziert? Oder: «Welches Geschehen hat dir besonderen Eindruck gemacht?». Das therapeutische Vorgehen bei der

Skriptanalyse kann auch einer analytisch-tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapie entsprechen, wenn prägende Kindheitserlebnisse bewusst gemacht werden (⇗Psychoanalyse).

Die Skriptanalyse entspricht nach Berne einer Fortentwicklung der Psychoanalyse als Anleitung zu einer psychoanalytisch orientierten Psychotherapie (Berne 1972, pp.399-401/ S.453ff – ⇗Transaktionale Analyse in Beziehung zu anderen Verfahren, 1).

14.6 Korrigierendes Erleben [corrective emotional experience] in der Transaktionalen Analyse

Der Begriff «Korrigierendes Erleben» stammt vom Psychoanalytiker Franz Alexander (1946). Zu seiner Zeit wurde von Psychoanalytikern angenommen, der Patient sei als Kleinkind in sozialisierender Absicht von seinen Eltern, insbesondere vom Vater, unnachsichtig streng behandelt worden. Das korrigierende Erleben besteht in diesem Fall in einer betont wohlwollenden Haltung des Therapeuten, die nach Alexander für die Behandlung bedeutsamer ist als noch so korrekte psychoanalytische Deutungen (Alexander u. French 1946). Umgekehrt kann ein Patient aber auch von seinen Erziehern zu nachsichtig behandelt und ausgesprochen verwöhnt worden sein und in einem solchen Fall ist es angebracht ihm gegenüber eine disziplinierende Haltung einzunehmen, wie ich erfahren habe (ähnlich nach Alexander u. Selesnick 1969, S.411). Es schließt dies eine wohlwollende Haltung nicht aus.

Der Ausdruck «korrigierendes Erleben» kann auch in einem weiteren Sinn verstanden werden. Er eignet sich nämlich ganz ausgezeichnet, um die Wirkungsweise von der Transaktionsanalyse eigentümlichen Interventionen zu kennzeichnen. Ich denke vor allem an die *Erlaubnis*, die *Beelterung* und die *Neuentscheidungstherapie*:

14.6.1 Die «Erlaubnis» als nach Berne «entscheidende Intervention»

siehe dazu Beispiele zum Skript!

Unter «Erlaubnis» versteht Eric Berne eine individuell formulierte therapeutische Intervention, die er als entscheidend auffasst. Diese Intervention ist, wenn explizit definiert, eine Besonderheit der Transaktionalen Analyse. Sie besteht in einer Lizenz, z.B. «Du darfst leben und das Leben genießen!» (zu einem in der destruktiven Grundbotschaft «Sei nicht!», d.h. «Du hast keine Daseinsberechtigung!», befangenen Patienten) oder «Du darfst deine Gefühle zeigen!» (zu einem unter Antreiber «Sei immer stark!» stehenden Patienten). Eine ganz raffinierte Erlaubnis zu jemandem, der im Antreiber «Sei immer perfekt!» befangen ist:: «Du *darfst* perfekt sein!».

Berne hat empfohlen die Wahl und Formulierung einer Erlaubnis mit dem Patienten vorgängig zu besprechen und dann dem Patienten vorzusprechen. Es kann sich auch bewähren, dass der Therapeut dem Patienten ganz von sich aus «auf der Schiene einer positiven Übertragung» eine Erlaubnis «gibt».Auf die Dauer wirksam kann eine «Erlaubnis» nur sein, wenn der Patient bereit ist, sie als eine Neuentscheidung zu integrieren. Deshalb und wegen der Notwendigkeit, sie ganz individuell zu formulieren, ist die Wahl des Zeitpunktes im Verlaufe der Therapie, in dem sie angebracht wird, wichtig.

Im Zusammenhang mit der «Erlaubnis» erwähne ich die drei P: Potency, Permission, Protection. Mit Potency ist der autoritär-suggestive Einfluss des Therapeuten gemeint, mit dem die «Erlaubnis» als «entscheidende Intervention» eingesetzt wird. Permission = Erlaubnis. Unter Protection wird der Einfluss des Therapeuten verstanden, mit dem ein Patient im Anschluss an eine «Erlaubnis» noch einige Wochen ermutigt werden muss, wenn er durch «Einhalten» der Erlaubnis allfälligen ursprünglich elterlichen Geboten zuwiderhandelt. Meines Erachtens gilt letzteres nur, insofern der Patient abhängiges «Kind» geblieben ist.

14.6.2 Beelterung

Erstes Beispiel einer Beelterung

Eine Patientin kann nicht »nein« sagen, weiß immer nur sehr unklar, was sie eigentlich will und wagt dies, wenn sie es weiß, nicht deutlich zu sagen und sich dafür einzusetzen. Es stellt sich heraus, dass sie seinerzeit im Alter von 3-4 Jahren jedes Mal bestraft wurde, wenn sie einmal «nein» sagte, wenn etwas von ihr verlangt wurde, oder auf andere Art einen eigenen Willen zu äußern wagte. Die Eltern vertraten den Grundsatz, einem Kleinkind müsse, so sagten sie wörtlich, «der Wille gebrochen werden», sonst würde es asozial.

In der Einzelbesprechung wird der Therapeut eine Erlaubnis einsetzen (z.B. «Du darfst ‹Nein› sagen!»). In der Gruppe kann die Patientin Gruppenteilnehmer nennen, die sie sich in der Rolle wohlwollender Eltern wünscht, versetzt sich in bestimmte einschlägige Szenen aus ihrer Kindheit zurück. Von den «Eltern» werden ihr das «Nein»-Sagen und anderen Willensäußerungen nicht untersagt, sondern sie wird ermuntert, zu sagen, wie ihr zumute ist und was ihr Bedürfnis ist. Die beiden «Eltern» äußern sich gegeneinander anerkennend über den Willen, den die «kleine Tochter» bereits zeigt. – Auf ein vorher ausgemachtes Zeichen hin wird das Rollenspiel abgebrochen und die Patientin wird wieder «erwachsen».

Dieses Beispiel bezieht sich auf die Beelterung eines Einzelnen. Clarkson u. Fish (1988) schildern eindrückliche Beispiele eines solchen Vorgehens und sprechen von einer «Erneuerung des ‹Kindes›» [Rechilding]. Daneben aber gibt es noch das Verfahren mit einer Gruppe von Patienten (oder Gesunden) gleichzeitig, wobei fast alle Gruppenmitglieder sich auf diese Art in ein Alter zurückversetzen, in dem die Weichen zu einer Einschränkung ihrer Erlebens und Verhaltensweise gestellt worden sind, die ihnen heute noch das Leben erschwert. Der Therapieraum wird dann zu einem großen Kinderzimmer mit Kindern verschiedenen Alters, von denen die einen ein Saugflasche verlangen und genießen, dass »Eltern« ihnen bestätigen, wie schön es ist, gerade ein Mädchen oder einen Jungen im Arm zu halten, von denen andere *nicht* gezwungen werden, eine Mahlzeit fertig zu essen, die ihnen geschöpft worden ist usw. Die «Eltern» greifen oft auch im eigentlichen Sinn «erziehend» ein, um die «Kinder» zu veranlassen, aufeinander Rücksicht zu nehmen, sich nicht zu quälen und zu stoßen usw. Sie können auch zu einer ihrem Alter entsprechenden Verantwortung angehalten werden. Es darf dieses Verfahren nur mit Teilnehmern durchgeführt werden, die fähig sind, jederzeit wieder ihre «Erwachsenenperson» zu aktivieren, damit sie nach Ablauf der abgemachten Zeit sich ohne große Schwierigkeiten wieder aus dem regressiven Zustand lösen können.

Es gibt Transaktionsanalytiker, die dieses Verfahren bevorzugt anwenden. Clarkson u. Fish: *«Schaffung einer neuen Vergangenheit in der Gegenwart als Unterstützung für die Zu-*

kunft». Es gibt aber auch Transaktionsanalytiker, die skeptisch sind, was die dauernde Wirkung dieses Verfahrens anbetrifft. Sie befürchten die Auslösung von unübersichtlichen Übertragungs- und Gegenübertragungsverhältnissen, von symbiotische Verquickungen (↗Symbiose) und Retter-Opfer-Kollusionen (↗manipulative Rollen). Freud würde sagen, ein solches Verfahren führe vielleicht zu einer sogenannten «Übertragungsheilung», aber zu keinem Gewinn an Autonomie (1910, S.37).

Zweites Beispiel einer Beelterung

Irvin D. Yalom, einer der angesehensten Psychiater und Psychotherapeuten der Vereinigten Staaten, früherer Ordinarius an der Stanford Universität, berichtet, dass er manchmal sehr niedergeschlagene Patienten frage, was er genau Ihnen sagen könne, dass es ihnen besser gehe. «Als Antwort auf diese Frage erwiderte eine Patientin: ‹Ich möchte, dass Sie mir sagen, ich sei das schönste Baby auf der Welt.› Darauf sagte ich ihr genau das, was sie verlangt hatte». Gemeinsam ergründeten Yalom und seine Patientin die gute Wirkung dieser Worte sowie andere Gefühle, die dabei zu Tage traten. Für Yalom handelt es sich um eine Übung in «Selbstberuhigung», wozu er bemerkt. es handle sich um ein gewisses Paradox: «Die Patientin wird in einen psychischen Zustand der Jugend und Abhängigkeit versetzt, wenn sie den Therapeuten bittet, die magischen Worte zu äußern, die ihr Erleichterung verschaffen, doch gleichzeitig ist sie gezwungen, eine Position der Autonomie einzunehmen, indem sie sich genau die besänftigenden Worte selber ausdenkt» (Yalom 2002, S.216).

14.6.3 Neuentscheidung

Das Verständnis für die folgenden Ausführungen setzt Kenntnisse über den Begriff Skript voraus.

Beispiel zu einer Neuentscheidung

Ein Patient gönnt sich immer nur mit schlechtem Gewissen eine Entspannung oder Erholung, weil er immer die elterliche Mahnung hört «Erst die Arbeit und dann das Vergnügen!». Ohne Arbeit ist er aber nie. Nachdem er in einer Behandlung unter anderem auch den möglichen Wurzeln dieser Situation nachgegangen ist, *weiß er nicht nur,* sondern *realisiert* plötzlich, dass es ja an ihm liegt und nicht an seinen verstorbenen Eltern, ob er der erinnerten Mahnung Folge leistet oder sich einfach dann für sich selber Zeit nimmt, wenn er dazu Lust hat und es unter Berücksichtigung der Realität vor sich selbst verantworten kann. Von diesem Augenblick an fühlt er sich von einem jahrzehntelangen Druck befreit. Die endgültige Heilung bedarf aber häufig noch der Durcharbeit, wie Freud sagen würde, d.h. der Übertragung auf die Erlebens- und Verhaltensweisen im Alltag.

Ergänzende Bemerkung zum Begriff «Neuentscheidung»

Mit einer solchen *Neuentscheidung* – früher schrieb Berne nur von einer «Aufhebung der frühen Entscheidung» (1966b) – ändert sich nach Berne der Charakter und das Schicksal. Auch eine Erlaubnis ist auf die Dauer nur wirksam, wenn sie den Anstoß zu einer Neuentscheidung gibt.

Von einer «Neu-Entscheidung» spricht Berne deshalb, weil er auch die Fixierung von Skrtiptüberzeugungen in der frühen Kindheit als «Entscheidung» auffasst. Das Kind, dessen Mutter gestorben ist, ohne dass eine andere Betreuungsperson an ihre Stelle tritt, fühlt sich im Stich gelassen und schließt daraus, dass es, wenn es auch später eine nahe Beziehung aufnimmt, wieder im Stich gelassen würde. Es prägt sich ihm das Schema ein: «Komm niemandem nah!». Von einer «Entscheidung» zu sprechen, halte ich für unzutreffend. Der Begriff «Entscheidung» ist ein bewusster Entschluss.

Ein besonderes Verfahren zur Anregung solcher Neuentscheidungen ist die ↗Neuentscheidungstherapie.

14.6.4 Neuentscheidungstherapie

Die *Neuentscheidungstherapie* ist ein therapeutisches Verfahren, das durch Robert Goulding und Mary McClure Goulding eingeführt worden ist. Es liegt ihm die Überlegung zugrunde, dass es das Kleinkind war, das seinerzeit die ↗Skriptentscheidung fällte, sich dem tatsächlichen oder vermeintlichen Verbot oder Gebot eines Elternteils zu unterziehen. Dementsprechend habe sich der Patient, der eine ↗*Neuentscheidung* fälle, auch wieder in dieses Alter zurückzuversetzen. Der Patient wird aufgefordert, eine Szene aus der Kleinkinderzeit wieder zu erleben, in der er eine «Entscheidung» getroffen habe, die sich heute noch negativ auswirke. Der Patient tritt in das der ⬀Gestalttherapie entliehenen Rollenspiel mit dem leeren Stuhl ein, in dem er abwechselnd die Rolle des Elternteils übernimmt und dann wieder unter Wechsel des Stuhls sich selber ist. Auf diese Weise setzt er sich mit der elterlichen Instanz, meistens dem Vater oder der Mutter, auseinander, die ihm nach seiner Erinnerung seinerzeit das Gebot oder Verbot auferlegt hat. Die Autoren deuten den Ich-Zustand, in dem seinerzeit die Grundentscheidung getroffen wurde, als denjenigen, welcher der kleinkindlichen »Erwachsenenperson« entspricht (ER,). Es geht darum, dass der Patient in der Rolle als Kleinkind sich jetzt dem Gebot oder Verbot *nicht* unterzieht, sondern seine Autonomie behauptet.

Manchmal wird als *Neuentscheidungstherapie* umfassender ganz allgemein die therapeutische Methode und das therapeutische Milieu bezeichnet, mit der das Ehepaar Goulding und seine Schüler in ihren Gruppen zu arbeiten pflegen (Goulding R. u. M. 1976; Goulding, M. u. R. 1979; Goulding, R. 1972, 1985)

Beispiel zur Neuentscheidungstherapie

Der Patient leidet darunter, dass er nie Muße genießen kann, sondern immer ein schlechtes Gewissen hat, wenn er sich entspannen oder erholen möchte. Er hat durch Fragen des Therapeuten entdeckt, dass er damit Forderungen seines Vaters erfüllt. Aufgefordert, sich an eine Szene aus der Kindheit zu erinnern, in der er sich einem entsprechenden Gebot oder Verbot unterwarf *(oder zu unterwerfen gezwungen war), kommt ihm nur der Blick seines Vaters in den Sinn, als er ihn einmal fragte, ob er draußen mit den Kameraden spielen dürfe, obgleich er die Schulaufgaben für den übernächsten (!) Tag noch nicht erledigt hatte. Der Therapeut fordert den Patienten auf, einen leeren Stuhl vor sich hinzustellen und

sich vorzustellen, sein Vater sitze dort, nachdem er ihm, einem kleinen Jungen, den besagten Blick zugeworfen habe. Er solle ihn nun fragen, was dieser Blick bedeute.

Patient als kleiner Junge: Was siehst du mich so an? Darf ich nicht? – Therapeut: Wechsle den Stuhl! Spiel deinen Vater! – Patient als sein Vater: Du hast deine Schulaufgaben noch nicht gemacht! – Therapeut: Wechsle den Stuhl und spiel wieder dich selber! – Patient als kleiner Junge: Aber die sind erst auf übermorgen, und heute wollen die andern Drachen fliegen lassen, weil der Wind günstig weht! – Patient als sein Vater: Erst die Arbeit und dann das Vergnügen! – Patient als kleiner Junge: Aber die Hausaufgaben sind doch erst auf übermorgen. Diejenigen auf morgen habe ich bereits erledigt, und neue werden uns vorläufig keine mehr gegeben! – Patient als Vater: Um Ausreden bist du nie verlegen! Es bleibt bei dem, was ich sagte! – Patient als kleiner Junge: Ich habe heute bereits genug gearbeitet und habe es verdient, mit den anderen spielen zu dürfen! – Patient als Vater: Spielen ist ohnehin unnütz und höchstens erlaubt, wenn alle Arbeit erledigt ist! – Patient als kleiner Junge (*mit ganz anderer entschiedener Stimme*): Ich habe eben jetzt Lust, mit den anderen spielen zu gehen und werde das, tun, auch wenn du dagegen bist. Das Wetter ist schön! Der Wind weht! Immer schon habe ich mich darauf gefreut, einmal Drachen fliegen zu sehen! Jetzt ist Gelegenheit! Spielen ist so wichtig wie Arbeiten! Von jetzt an bin ich selbständig und werde dann arbeiten, wann ich will und dann spielen, wann ich will!

Die Auseinandersetzung mit einem Elternteil «im leeren Stuhl» ist ein Verfahren der ⇗Gestalttherapie (3.4). Es ist zu bedenken, dass der Patient nicht seinem wirklichen Vater gegenübersitzt, sondern seinem verinnerlichten Vater, d.h. seinem Vater, wie er ihn erlebt hat; einen anderen kennt er nicht!

Ergänzende Ausführungen zur Neuentscheidungstherapie

Die Autoren machten die Erfahrung, dass ein Erwachsener, der sich nur einfach als «Erwachsenenperson» entscheidet, sein Leben nicht mehr unter dem Zwang einer bestimmten destruktiven Grundbotschaft zu führen, damit oft keinen Erfolg habe. Die Neuentscheidung wird ermöglicht durch die Einsicht, dass die ganze Situation des Patienten jetzt eine andere ist als damals, als er völlig von seinen Eltern abhängig gewesen war. Bei einem solchen Rollenspiel, wie es die Autoren zur Neuentscheidung anregen, versetzt sich der Patient nicht etwa wieder *völlig* in die Vergangenheit zurück, denn dann wäre seine Situation und »Entscheidung« keine andere als damals, sondern er versetzt sich *mit dem ganzen Hintergrund seiner gegenwärtigen Person* wieder in jene Zeit zurück.

In den Veröffentlichungen der Autoren über die Neuentscheidungstherapie steht das Rollenspiel mit dem leeren Stuhl ganz im Vordergrund. Sie erwähnen aber noch andere Wege zum selben Ziel, z. B. die Arbeit mit Träumen, ebenfalls nach Art der ⇗Gestalttherapie (4.5)

15. Autonomie

Vor allem in diesem Kapitel liegt die Verbindung der Transaktionalen Analyse als Psychotherapie und Lebensberatung mit einer transaktionsanalytisch orientierten Pädagogik und Erwachsenenbildung.

Autonom ist ein Gemeinwesen, das den Gesetzen untersteht, das es sich selber gegeben hat. In übertragenem Sinn wird als «Autonomie» bezeichnet, wenn jemand eigenständig und unabhängig urteilt, sich entscheidet und handelt. Immer wieder kommt es zum Missverständnis, daß mit solcher «Eigengesetzlichkeit» jede Rücksicht auf die Mitmenschen wegfallen würde (Whitney 1982). Insofern der Mensch ein «soziales Wesen» ist, sind aber soziale Rücksichten im Begriff der Eigenständigkeit inbegriffen. Es könnte, um Missverständnisse auszuschließen, von *bezogener Autonomie* gesprochen werden, dies in Analogie des Begriffes von «bezogener Individuation» nach Helm Stierlin (Stierlin 1977/^{2}1980; Simon u. Stierlin 1984).

Mit der Eigenständigkeit, als welche Autonomie verstanden wird, verbindet sich Selbstverantwortlichkeit. Beides schwebt heute als Ziel von Selbstverwirklichung den meisten psychotherapeutischen Richtungen oder Schulen in den sogenannt westlichen Ländern vor. Gestalttherapeutischen Grundsätzen entspricht die Überzeugung von Berne, dass ein autonomer Mensch unmittelbar, d.h. ohne jede Voreingenommenheit, wahrnehmen kann, was hier und jetzt ist, – dass er unmittelbar Gefühle äußern kann, die weder konventioneller Natur noch sonst anerzogen sind, – dass er zu einer «spielfreien», uneigennützigen, rückhaltlos aufrichtigen Begegnung und Beziehung, d.h. zur Verwirklichung von Intimität fähig ist (Berne 1964b, pp.178-181/S.244-248).

16. Literaturempfehlung

Eine ganz ausgezeichnete, für jeden Interessierten verständliche Einführung in die Transaktionale Analyse ist von Muriel James und Dorothy Jongeward, *Born to Win: Transactional Analysis with Gestalt Experiments*, Addison Wesley, New York, 1971, als Taschenbuch, New American Library, New York, 1978 (220 Seiten); deutsch: *Spontan leben: Übungen zur Selbstverwirklichung*, 1974/$^{?}$1998, Rowohlt, Reinbek b. Hamburg (330 Seiten). Als Lehrbuch für Transaktionale Analyse als psychotherapeutisches Verfahren empfehle ich von Leonhard Schlegel, *Transaktionale Analyse: Eine Psychotherapie, die kognitive und tiefenpsychologische Gesichtspunkte kreativ miteinander verbindet.* Francke, Tübingen, ^{4}1995 (390 Seiten). Von Eric Berne selbst halte ich für das beste seiner Bücher: *Principles of Group Treatment,* Oxford University Press, New York, 1966b (380 Seiten); deutsch: *Grundlagen der Gruppenbehandlung*, Junfermann, Paderborn, 2005 (310 Seiten).

TRANSAKTIONALE ANALYSE IN BEZIEHUNG ZU ANDEREN BEWÄHRTEN PSYCHOTHERAPEUTISCHEN VERFAHREN

Es ist eine Besonderheit der ↗Transaktionalen Analyse, wie dort bereits erwähnt, dass sie sich von keinem anderen Psychotherapiemodell absetzt, sondern die Beziehung der verschiedenen Modelle untereinander als Ergänzung betrachtet, insbesondere kombiniert sie, was später ↗Kognitive Psychotherapie heißen wird, und Tiefenpsychologie (↗Psychoanalyse, 9). Vergleichende Betrachtungen illustrieren aus der Sicht der Transaktionalen Analyse einleuchtend Besonderheiten der verschiedenen Modelle, weshalb ich hier verhältnismäßig ausführlich darauf eingehe.

Eric Berne hat Gesichtspunkte aus vorbestehenden Psychotherapiemodellen in die Transaktionale Analyse übernommen, bzw. sich von ihnen anregen lassen, und zwar vor allem von der ↗Psychoanalyse und von der ↗Individualpsychologie. Berne übernahm von diesen tiefenpsychologischen Betrachtungsweisen die Wichtigkeit von Erlebnissen in der frühen Kindheit zur Entstehung von späteren Störungen des Erlebens und Verhaltens, ohne dass dieser Zusammenhang dem Betreffenden bewusst ist. Das ist der tiefenpsychologische Aspekt der Transaktionalen Analyse. Berne war aber auch ein Pionier der ↗Kognitiven Therapie durch Herausstellen dessen, was er als «Erwachsenen-Ich-Zustand» bezeichnete, eine Haltung und Befindlichkeit oder Gestimmtheit, aus der Kognitionen einer «objektiven» Realitätsprüfung unterzogen werden zur Überprüfung, ob sie funktionell oder dysfunktionell sind. Das ist der kognitiv-therapeutische Aspekt der Transaktionalen Analyse. Von den Gedankengängen und Verfahren der kognitiv orientierten Therapeuten können die Transaktionsanalytiker aber auch lernen sowie umgekehrt von den Gedanken und Verfahren der Transaktionalen Analyse die kognitiv orientierten Therapeuten.

Ich erwähne auch die ↗Schematherapie nach Jeffrey E. Young. Sie hat der Transaktionalen Analyse schon lange bekannte Erfahrungen unter dem Begriff «dysfunktionelle Schemata» neu entdeckt. Auch hier finden sich Differenzierungen, aus denen die Transaktionsanalytiker lernen können wie aber auch umgekehrt die Schematherapeuten von den Erfahrungen der Transaktionsanalytiker.

Der Vollständigkeit halber erwähne ich im Folgenden auch noch theoretische und praktische Beziehungen der Transaktionalen Analyse zu anderen in diesem Überblick angeführten Psychotherapiemodellen.

1. Transaktionale Analyse und ↗Psychoanalyse

Berne hat die Transaktionale Analyse aus seinen Erfahrungen als Psychoanalytiker entwickelt. Die Verwandtschaft der psychoanalytischen mit der transaktionsanalytischen Betrachtungsweise ist ihm im Zusammenhang mit seiner Lehre von den Ich-Zuständen und vom Skript sehr wichtig, weswegen auch ich an dieser Stelle ausführlich darauf eingehe.

1.1 Die Ich-Zustände und Persönlichkeitsanteile nach Berne und das Freudsche Strukturmodell von Ich, Es und Über-Ich.

Berne beschäftigt sich an verschiedenen Stellen seines Werkes mit der Frage des Verhältnisses der psychoanalytischen Begriffe «Es», «Über-Ich» und «Ich» (Freud 1923b) zu den transaktionsanalytischen Begriffen «Kind», «Elternperson» und «Erwachsenenperson» Berne sieht eine bemerkenswerte Analogie zwischen seinen drei Ich-Zuständen oder Persönlichkeitsanteilen und Ich, Es und Über-Ich. Berne stimmt der Auffassung von Freud zu, dass eine Neurose auf einen ungelösten Konflikt zwischen elementaren Bedürfnissen des Kleinkindes und den Bestrebungen der sozialisierenden Eltern zurückgeführt werden könne. Statt theoretisch von einem Konflikt zwischen Es und Über-Ich zu sprechen, ist es seines Erachtens treffender von einem solchen zwischen immer noch unerfüllten Bedürfnissen des «innneren» Kindes und immer noch sozialisierenden Forderungen verinnerlichten Eltern zu sprechen. Damit führt er das auch beim leiblich Erwachsenen immer noch existierende frustrierte «Kind-Ich» und das immer noch wirksame «Eltern-Ich» ein. Was er «Erwachsenen-Ich» nennt, soll in diesem Konflikt vermittelnd eingreifen, wenn dieser bewusst geworden sei, was das erste Ziel einer Behandlung sei. Deshalb stehe die, wie ich es nenne, Emanzipation eines ungetrübten Erwachsenen-Ichs zum Verbündeten des Therapeuten an erster Stelle (1961, pp.55, 173, 269-271/S.232ff).

Später betont Berne , dass es sich bei den drei Instanzen des Strukturmodells von Freud um Konstrukte handle, beim «Kind», der «Elternperson» und der «Erwachsenenperson» jedoch um tatsächliche Personen mit Namen und Adresse, fasst also in diesem Zusammenhang die Persönlichkeitsanteile biographisch auf (1966b, pp.296-298).

1.1.1 «Kind» nach Berne und Es nach Freud:

Der Begriff des «Kindes», auch wenn dieses rein verhaltensbezogen aufgefasst werde, kann nach Berne nicht dem Es gleichgesetzt werden, sei dieses doch nach Freud «ein Chaos, ein Kessel voll brodelnder Erregung», etwas von überwiegend «negativem Charakter» (Freud 1923b). Immerhin entspricht der Begriff des «Kindes», wie ich hier feststelle, dem Lust-Ich der Psychoanalyse (Freud 1911, S.235, 237, – in späteren Veröffentlichungen hat der Begriff Lust-Ich eine andere Färbung). Dieses strebt allein nur aus sich heraus nach Lust und nach Vermeidung von Unlust. Der Psychoanalytiker Calvin S. Hall vergleicht das Es mit einem unerzogenen Kind, das nicht überlegt, sondern nur wünscht [also Bedürfnisse hat] und handelt (Hall 1927, S.27). Der Psychoanalytiker Schafer nähert den Es-Begriff dem Begriff des «Kindes» an, macht ihn zum mindesten diesem vergleichbar, indem er damit eine «Art, erotisch oder aggressiv zu handeln» bezeichnet, die insofern mehr oder weniger infantil, nämlich irrational, ungeregelt und ungehemmt, ohne Rücksicht auf Folgen und Widersprüche, ganz und gar egozentrisch sei (Schafer 1976, S. 136, z.T. nach Hayman 1969).

Nach Freud steht das später entwickelte Real-Ich eigentlich nicht im Gegensatz zum Lust-Ich, sondern versuche vielmehr dessen Bestrebungen mit der Realität in Einklang zu bringen, genau so betrachten auch mancher Transaktionsanalytiker die «Erwachsenenperson» gleichsam als «im Dienste» des «Kindes» stehend, indem sie dessen Bedürfnisse an die materielle und soziale Realität anpasse.

Während bei Freud mit Es noch völlig un-sozialisierte Bedürfnisse gemeint sind und damit auch elementarste Emotionen von Lust/Unlust, ist das ungefähr sechsjährige Kind und damit nach Berne das innere «Kind» im leiblich Erwachsenen, auch als «natürliches» oder «freies» Kind, bereits bis zu diesem Alter sozialisiert. Das ist meines Erachtens der Hauptunterschied.

1.1.2 «Elternperson» nach Berne und Über-Ich nach Freud:

Wenn die «Elternperson» als innere Instanz im Menschen aufgefasst wird, so steht sie als Modell dem Über-Ich der Psychoanalyse sehr nahe. Die transaktionsanalytische Auffassung differenziert diesen psychoanalytischen Begriff, ohne ihm zu widersprechen, wenn die von der «Elternperson» vertretenen destruktiven Grundbotschaften und Antreiber in sie einbezogen werden. Auch die transaktionsanalytische Vorstellung, dass die innere «Elternperson» auch wohlwollend und ermutigend sein kann, bereichert die psychoanalytischen Vorstellungen vom Über-Ich, denn dieses wird in der Psychoanalyse für gewöhnlich nur als kritisch verbietende und gebietende Instanz gesehen. Nur ganz ausnahmsweise wird von Psychoanalytikern davon gesprochen, dass es auch «liebevolle Über-Ich-Aspekte» gebe (Schafer 1960).

Angst und Schuldgefühle als Folge einer Verletzung von Über-Ich-Geboten sind auch der Transaktionalen Analyse als Angst und Schuldgefühle bei Übertretung von Geboten des Eltern-Ichs bekannt. Sie entsprechen einer Angst vor dem «Liebesverlust» der Eltern und vor Strafe. Beim Versuch, sich aus dem Zwang eines Skripts zu befreien, treten sie als Widerstand auf. Freud spricht andeutungsweise davon, dass sich ein strenges Über-Ich im Laufe einer erfolgreichen psychoanalytischen Behandlung unter dem Einfluss einer positiven Beziehung zum Analytiker zu mildern pflege. In der Sprache der Transaktionalen Analyse wird derselbe Vorgang als Erneuerung der «Elternperson» formuliert, dies im Sinn eines Überwiegens einer wohlwollenden, die Autonomie fördernden elternhaften Haltung gegenüber sich selber, ein Prozess, der aber die Emanzipation der «Erwachsenenperson» voraussetze.

1.1.3 «Erwachsenenperson» nach Berne und Ich nach Freud

Der Begriff der «Erwachsenenperson» der Transaktionalen Analyse entspricht weitgehend dem Ich-Begriff der Psychoanalyse und zwar ganz besonders deswegen, weil beiden die Funktion der Realitätsprüfung zukommt. «Emanzipation der Erwachsenenperson» im Sinn der Transaktionalen Analyse bedeutet eine Stärkung des Einflusses der Instanz, die in der Psychoanalyse als «Ich» bezeichnet wird, so als Kontrolle über die triebhaften und emotionalen Bedürfnisse einerseits, über die Impulse aus dem Über-Ich andererseits und damit auch auf die Entscheidungen und Handlungen. Die Forderung nach der Emanzipation der «Erwachsenenperson», entspricht der Forderung Freuds nach einer «Stärkung des Ichs» indem aus dem Es zunehmend Ich werde (Freud 1933 , S.86); Berne: «so dass die Gestaltung des Schicksals vom ‚Kind' auf die ‚Erwachsenenperson' übergehen kann, von der archäopsychischen Unbewusstheit auf die neopsychische Bewusstheit» (Berne 1961, p.118). «Die bewusste Seelentätigkeit unterscheidet sich ... von der unbewussten» durch ein «Mehr von seelischer Freiheit» (Freud 1915).

Eine Analogie zwischen den drei Instanzen nach Freud und den drei Persönlichkeitsanteilen nach Berne ist nicht zu übersehen, besonders wenn wir die späten Ausführungen von Freud im *Abriss der Psychoanalyse*, auf den sich Berne immer wieder bezieht, berücksichtigen (1938, veröffentlicht 1940, Ges.W.Bd.XVII, S.63-*67ff*-138). «Man sieht, dass Es und Über-Ich bei all ihrer fundamentalen Verschiedenheit die *eine* Übereinstimmung zeigen, dass sie die Einflüsse der Vergangenheit repräsentieren, das Es den der ererbten, das Über-Ich im wesentlichen den der von Anderen übernommenen, während das Ich hauptsächlich durch das selbst Erlebte, also Akzidentelle und Aktuelle bestimmt wird» (ibidem S.69).

1.2 Therapeutische Grundbegriffe der «klassischen» Psychoanalyse (↗Psychoanalyse, 5.2) aus transaktionsanalytischer Sicht

1.2.1 Zur Grundregel

Berne schreibt zur Grundregel der Psychoanalyse folgendes: «Die Psychoanalyse gründet sich auf freie Einfälle bei aufgehobener Zensur. Das bedeutet zuerst einmal, dass das Kind-Ich sich ohne Einmischung des Eltern- oder Erwachsenen-Ichs frei aussprechen kann. In der Praxis allerdings, besonders im Beginn der Behandlung, kommt oft nicht das Kind-Ich zum Zug, sondern es spricht sich das Eltern-Ich aus, ohne vom Erwachsenen-Ich unterbrochen zu werden. Deswegen erfordert es oft einiges methodisches Geschick, um das Kind-Ich zum Sprechen zu bringen und das Eltern-Ich beiseite zu schieben. Gelingt das, so hören aber doch, während das Kind-Ich spricht, das Eltern-Ich und das Erwachsenen-Ich zu und nehmen durchaus wahr, was vor sich geht (Berne 1961, p.173). Auch im Rahmen der Transaktionalen Analyse legt Berne Wert darauf, dass das Kind-Ich des Patienten sich gegenüber dem Therapeuten ausspricht (Berne 1961, p.161).

In Einzelsitzungen, die besonders zur Skriptanalyse neben einer allfälligen Gruppentherapie sinnvoll sein können (Berne 1961, p.120), wendet Berne manchmal auch die Methode der freien Einfälle an, wobei er die Patienten auf der Couch liegen lässt (Berne 1961, p.119; 1966b, pp.94, 96, 179-280, 293-294). Dabei verunmöglicht die größere Aktivität des Therapeuten in den begleitenden Gruppensitzungen offensichtlich nicht, dass der Patient auf der Couch frühkindliche Erlebens- und Verhaltensmuster auftauchen (Berne 1966b, p.294).

1.2.2 Zur Abstinenzregel)

Die Zurückhaltung («das Schweigen») oder die Versagung des Psychoanalytikers schafft, wie Berne bemerkt, eine Unabhängigkeit von den Manövern des Patienten, mit denen er den Therapeuten als Mitspieler im Skript zu gewinnen versucht. Wenn der Analytiker sich streng an die Regeln der psychoanalytischen Behandlung halte, also nichts tue, als Widerstände, verdrängte Triebimpulse oder deren Abwandlungen sowie Übertragungserscheinungen zu deuten, «so vermeidet er, erotisch, intellektuell oder moralisch verführt zu werden» (Berne 1972, p.352, dt.S.398). Für diese Zurückhaltung hat Berne durchaus Verständnis. Seine Empfehlung an den Therapeuten – allerdings mit Ausnahmen – , möglichst konsequent auf der Ebene des Erwachsenen-Ichs zu bleiben (1961, p.153) geht bereits in dieser Richtung, während ein Entgegenkommen zu einer Übertragungsheilung führe (1961, pp.170-72), die Berne nicht anstrebt. «Je weniger die Patienten Gelegenheit haben, mit ihm [dem Thera-

peuten] außerhalb der Therapiestunde manipulative Spiele zu spielen, umso offener und direkter kann der Therapeut arbeiten» (Berne 1963, pp.279-280/S.306). Wenn ein Therapeut ein «Pokergesicht» aufsetze mit dem Motiv, sich nicht vom Patienten in manipulative Spiele verwickeln zu lassen und zu beobachten, was mit dem Patienten geschehe, wenn seine diesbezüglichen Versuche ins Leere gingen, so kann das nach Berne durchaus gerechtfertigt sein. Andere Motive, ein «Pokergesicht» aufzusetzen, lässt Berne allerdings nicht gelten, z.B. weil dem Therapeuten nichts Gescheites einfalle oder weil «man» eben als Psychotherapeut ein solches Gesicht zu machen habe. Da die Übertragungsanalyse in der Praxis der Transaktionalen Analyse nicht die wichtige Rolle wie in der Psychoanalyse spielt, ist auch das Motiv zu einem «Pokergesicht», um eine Übertragung möglichst «rein» auflaufen zu lassen, der Transaktionalen Analyse fremd (Berne 1966b, pp.217-218).

Von Bedeutung sind auch die Versuche der Patienten, den Therapeuten in eine Symbiose im Sinn der Transaktionalen Analyse zu ziehen. Verschiedene Äußerungen von psychoanalytischen Autoren zur Frage der Abstinenz deuten auf einen solchen Zusammenhang hin, z.B. die Bemerkung, der Therapeut solle dem Patienten gegenüber kein Mitleid zeigen, keine Gebote und Verbote aussprechen, keine Ratschläge erteilen, nicht«aus der Fülle seines hilfsbereiten Herzens» etwas zu spenden, «was ein Menschen von einem anderen erwarten kann». Freud fügt allerdings bei, dass diese Regel nicht ausschließlich und radikal zu gelten habe. Dies gilt auch für die transaktionsanalytische Ansicht, dass der Therapeut sich zwar grundsätzlich hüten müsse, eine Symbiose mit dem Patienten einzugehen. Es könne dies aber mit bestimmten Patienten zu bestimmten Zeitpunkten auch sinnvoll sein, z.B. mit solchen, die stark regrediert sind oder auch aus einem anderen Grund gar keine andere als eine symbiotische Beziehung aufnehmen können. Zu solchen zählen nach Berne auch Patienten, die nie im eigentlichen und echten Sinn Eltern erfahren durften (Berne 1972, p.356, dt.S.402).

Trotz aller geschilderten Parallelen und Analogien ist nicht zu übersehen, dass die von der Psychoanalyse vom Therapeuten geforderte Zurückhaltung bedeutender ist als diejenige Haltung, welche die Transaktionsanalytiker empfehlen und austragen. Bei der Transaktionalen Analyse wird vom Therapeuten eine aktivere Haltung verlangt, eine Haltung wie bei der psychoanalytisch orientierten Psychotherapie. Für wichtig wird in der Transaktionalen Analyse auch gehalten, dass der Therapeut dem Patienten die Realität aufzeigt, wie es etwa bei der Variante in der Psychoanalyse gilt, die bei Borderline-Patienten empfohlen wird. Daneben ist es üblich, dass der Transaktionsanalytiker auch ganz bestimmte Werturteile, sogar eine Art Lebensphilosophie vermittelt. Ich erinnere z.B. an die Entwicklung einer Haltung, aus der heraus über die drei Ich-Zustände verfügt wird oder an die Hochhaltung der Grundeinstellung «Ich bin O.K., du bist O.K.» oder an die Verwerfung einer habituellen symbiotischen Haltung zu Gunsten von Autonomie und Selbstverantwortung. Der Psychoanalytiker Wolberg findet ebenfalls die Vermittlung einer ähnlichen Lebenshaltung nicht im Widerspruch zu einer tiefenpsychologischen Behandlung (Wolberg 1980).

Berne hielt es, psychoanalytisch geschult, wie er war, lange für verfehlt, einen Patienten körperlich zu berühren. Erst als er die Erfolge sah, die Jacqui Schiff bei der Behandlung mit

jugendlichen Schizophrenen hatte, lockerte er seine diesbezügliche Skepsis. Zu einer transaktionsanalytischen Behandlung im engeren «Berneschen» Sinn, gehört eine Berührung des Patienten über einen Händedruck hinaus nicht. Alles, was heute unter Beelterung als eine therapeutische Methode im Rahmen der Transaktionalen Analyse verstanden wird, widerspricht einer psychoanalytischen Behandlung von erwachsenen, nicht-psychotischen Patienten, wenn auch der Psychoanalytiker Balint zaghafte Zugeständnisse in dieser Richtung gemacht haben (Balint 1952, S.193, 281).

Das Verfahren der Beelterung im Rahmen der Transaktionalen Analyse widerspricht der Abstinenzregel in der Psychoanalyse. Freud würde davon keinen echten Erfolg erwarten, sondern eine Veränderung, die allein von der Übertragung abhängig bleibt. Berne empfiehlt, dass, wie dies beim Ehepaar Steiner der Fall sei, ein Patient, der Berührungen oder Körpertherapie nötig habe, dies in «Erlaubnisklassen» holen solle, die von jemand anderem als dem Therapeuten in der Einzeltherapie zu führen seien und wobei, wie Berne an anderer Stelle gesagt hat, genau bestimmt werden müsse, was der Patient zu seiner Heilung oder zur Übung einer Neuentscheidung nötig habe. Die Transaktionale Analyse ist für Berne nach wie vor eine durch Gespräche durchzuführende Therapieform (Cassius u. Mitarb. 1969).

1.2.3 Zur Regression

Regressionen sind auch bei einer transaktionsanalytischen Behandlung bekannt, auch wenn ich von der Methode der Neubeelterung bei jugendlichen Schizophrenen durch Jacqui Schiff u. ihre Mitarbeiter (1975) absehe. Regressionen werden sogar provoziert, aber immer strukturiert und zeitlich begrenzt, so im Rahmen geleiteter thematischer Phantasien, bei gestalttherapeutischer «Stuhlarbeit» in der Neuentscheidungstherapie, bei Aufforderungen, sich einem auftauchenden und gefürchteten Gefühl einmal völlig hinzugeben, ganz offensichtlich aber bei der transaktionsanalytischen Verfahren der Beelterung.

In diesem Zusammenhang ist das Verfahren der Regressionsanalyse nach Berne zu erwähnen. Dabei regrediert der Therapeut selbst, wenn auch unter Kontrolle seines Erwachsenen-Ichs auf die Stufe eines fünfjährigen Kindes und empfiehlt seinem Patienten seinerseits sich in das Alter zu versetzen, als er höchsten achtjährig war. Die beiden «Kinder» führen dann ein Gespräch miteinander. Dabei können die Probleme zur Sprache kommen, die den Patienten in jenem Alter besonders beschäftigt hatten (Berne 1961, pp.173, 247-255; 1968; Schlegel 31988, S.284 f). Es lässt sich nach Berne eine solche Regressionstherapie sowohl in der Einzeltherapie wie in Gruppen durchführen, eine sozusagen experimentelle Regression mit festgelegtem Anfang und festgelegtem Schluss.

1.2.4 Zur Übertragung und zur Gegenübertragung

Berne ist als psychoanalytisch ausgebildetem Psychiater der Begriff der Übertragung, auch in seiner Mehrdeutigkeit, durchaus bekannt. Dabei überschneiden sich die verschiedenen Bedeutungen oder eine umfasst auch eine andere:

(1.) Die Übertragung als Gefühle gegenüber dem Analytiker, die sich nicht auf dessen Verhalten beziehen, also z.B. der Analytiker sei in ihn verliebt, oder der Analytiker verwerfe alles, was ihm der Analysand gesteht. – (2.) Die Übertragung der Einstellung gegenüber einer wichtigen Bezugsperson in der Kleinkinderzeit auf den Psychotherapeuten: In struktura-

nalytische Begriffe gefasst, geht es darum, dass der Therapeut an die Stelle einer der Elternpersonen gesetzt wird. Was die ablaufenden Transaktionen anbetrifft, bedeutet dies insbesondere, dass der Patient seine manipulativen Spiele, die er mit den Eltern spielte, wieder aufnehmen möchte. Der Therapeut kann ihm dies gestatten, wenn er z.B. weiß, dass die Beziehung des Patienten in seiner Kleinkinderzeit zu seinen Eltern abrupt unterbrochen worden ist. Auch aus anderen Gründen kann er es als sinnvoll ansehen, dem Patienten zu ermöglichen, die ursprünglichen Spiele zu wiederholen, die dann vom Therapeuten auf ein harmloseres Ende zugesteuert werden als damals, sodass er selbst als gutmütiger erlebt wird als seinerzeit die Eltern (frei nach Berne 1961, pp.170-172). – (3.) Die Übertragung einer Kindheitssituation auf den gegenwärtigen Alltag. Seines Erachtens ist das Skript ein Begriff, der zum Bereich der Übertragung gehört, da es eine Übertragung kindlicher Reaktionen und Erfahrungen auf die Gegenwart darstellt. Das Skript ist «ein Versuch, unter veränderten Umständen ein Kindheitsdrama zu wiederholen, das oft aus mehreren Akten besteht wie ein erdichtetes Schauspiel. Ein solches ist übrigens auch die intuitive Abwandlung früher Kindheitsdramen. In seinem Ablauf besteht ein Skript aus einer komplizierten Folge von Transaktionen, die eine Wiederholung aus der Kindheit darstellen und sich zudem noch dazu auch in der Gegenwart, wenn auch nicht notwendigerweise, oft mehrmals wiederholen. Ein Skript kann auch dem Ablauf eines ganzen Lebens entsprechen» (Berne 1961, p.117). – (4.) Der archetypischen Übertragung, wie Jung das nennen würde, widmet Berne ein sehr eindrückliches Kapitel seines Werkes (siehe unten zum Thema «Transaktionale Analyse und Analytische Psychologie»).

Auch die *Gegenübertragung* im Sinn einer Übertragung des Analytikers auf den Patienten kennt Berne, z.B. wenn nicht nur der Patient seinen Therapeuten als einen in seinem Skript vorgesehene «anderen» erlebt, sondern wenn auch der Therapeut seinen Patienten skriptbedingt verkennt, was nach Berne eine «chaotische Situation» zur Folge hat! Die Gegenübertragung als innere emotionale Reaktion auf die Übertragung des Patienten spielt in den Überlegungen von Berne eine geringere Rolle.

Berne schreibt von einer *Übertragungstransaktion*, wenn ein Patient vom Therapeuten sachlich etwas gefragt oder auf etwas aufmerksam gemacht wird («Warum weinen Sie?») und dieser daraus einen elternhaften Tadel hört, auf den er entschuldigend («Entschuldigen Sie! Es soll nicht wieder vorkommen!») reagiert. Umgekehrt schreibt Berne von einer *Gegenübertragungstransaktion*, wenn der Patient den Therapeuten durchaus sachlich anspricht («Könnte ich nächste Woche am Donnerstag statt am Freitag kommen?») und eine Reaktion aus einer «Elternperson» erhält («Was fällt ihnen ein! Ich bin doch nicht nur für sie da!»). Im ersteren Fall fühlt sich der Patient wie ein Kind gegenüber einer kritischen Elternperson, im zweiten Falle verhält sich der Therapeut als kritische Elternperson gegenüber einem seines Erachtens aufsässigen Kind (Berne 1961, p.89; 1963, p.193; 1972, pp.14-15). Das Problem der Übertragung und Gegenübertragung erschöpft sich natürlich nicht in der Feststellung derartiger Transaktionen!

Wie bereits erwähnt, spielt in der Praxis bei Berne eine Analyse der Übertragung nicht eine so wichtige Rolle, ja entscheidende Rolle wie in der Psychoanalyse.

1.2.5 Zum Widerstand

Berne kennt den Begriff des Widerstandes sehr wohl und schätzt ihn als sehr wichtig ein. Immer wieder stellt Berne durch sein ganzes Werk fest, dass ein Patient üblicherweise nicht Behandlung suche, um geheilt zu werden, was nur durch eine grundsätzliche Veränderung seiner Erlebens- und Verhaltensweise möglich sei, sondern um ein «besserer Neurotiker» zu werden. Es erinnert mich dies an eine Feststellung von Fritz Perls, dem Begründer der ⇗Gestaltpsychologie: «Obwohl der Neurotiker ‹geheilt› werden will, fühlt er sich doch sicherer und ‹angezogener› mit der Neurose als ohne sie» (Perls 1973, S.103). Er möchte zwar glücklicher sein, aber ohne sich verändern zu müssen. So könne eine Patientin, deren Verfassung einer Person entspreche, die sich mit letzter Kraft an eine Gräte einer Steilwand anklammere, diese «Klippe» mit auf die Couch nehmen, um ja diese Situation nicht aufgeben zu müssen. Sie möchte in diesem Zustand glücklicher werden, statt zu lernen, auf dem festen Boden der Realität mit anderen zu tanzen (Berne 1972, p.175/nicht übersetzt). Ein noch drastischeres Gleichnis führt Berne mit der Vorstellung an, jemand stecke bis zum Hals in einer Jauchegrube und bitte den Therapeuten nicht etwa darum, ihn herauszuziehen, sondern ihn Mittel zu lehren, um andere abzuhalten, Wellen zu machen (Berne 1972, p.351/nicht übersetzt). Es handelt sich um Widerstände dagegen, seinen Bezugsrahmen und damit seine Einstellung gegenüber sich selbst und der Realität zu ändern.

1.2.6 Zur psychodynamischen Deutung als wichtigster Intervention in der Psychoanalyse

Symptome als gestörte Erlebens- und Verhaltensweisen sind Folgen von Erlebnissen aus der frühen Kindheit. Berne spricht nicht ganz einleuchtend von einer «Verwirrung des ‹Kindes› » oder «Krankhaftigkeit [pathology] des ‹Kindes› ». Der Therapeut deckt diese Verhältnisse durch seine Deutungen auf. Die ungetrübte «Erwachsenenperson» ist dabei seine wertvollste Hilfe. Die «Elternperson» wehrt sich gegen diese Aufdeckung, da nach Berne im allgemeinen ihr Einfluss die Weichen der Entwicklung falsch gestellt haben, und auch das «Kind» verhält sich abwehrend, einerseits wegen der Befriedigung, die es aus den Symptomen gezogen hat, dann aber vor allem, weil es fürchtet, den Schutz der «Elternperson» zu verlieren. Die «Erwachsenenperson» jedoch überprüft, inwiefern die Deutung zutreffend ist (frei nach Berne 1966b, p.242f).

1.3 Übereinstimmung zwischen Skriptanalyse und Psychoanalyse, wie Berne sie sieht

«Die Aufdeckung des Skripts ist das Wesentliche des psychoanalytischen Prozesses» (Berne 1961, pp.173-174). Nach Berne haben Psychoanalyse und Skriptanalyse das Ziel einer Behebung der «Verwirrung des Kind-Ichs» mit Hilfe eines trübungsfreien Erwachsenen-Ichs (Berne 1961, p.86, 148, 172; 1966b, p.241). Beide lösen Konflikte auf zwischen dem Kind-Ich und dem Erwachsenen-Ich oder mit dem Eltern-Ich (Berne 1961, p.155). Siehe dazu oben «zur Deutung»! Freud schreibt zum Ziel der psychoanalytischen Therapie: «Aus Es soll Ich werden!», Berne schreibt gleichbedeutend: «Das fortlaufende Lebensdrama muss auf seine geschichtlichen Hintergründe zurückgeführt werden, sodass die Bewältigung des Schicksals des Individuums vom Kind-Ich zum Erwachsenen-Ich, von der archäopsychischen Unbewusstheit zur neopsychischen Bewusstheit verschoben wird» (1961, p.118).

Die Übereinstimmung geht noch weiter. Freud hat geschrieben: «Die Wirkung der Analyse«, soll »die krankhafte Reaktion nicht unmöglich machen, sondern dem Ich des Kranken die Freiheit verschaffen, sich so oder anders zu entscheiden (Freud 1923, S.280 Anm.). Berne hat geschrieben: «Die Transaktionale Analyse versucht nicht, den Patienten ‹besser› zu machen, sondern ihm zu einer Haltung zu verhelfen, aus der heraus sein Erwachsenen-Ich wählen kann, ob es ihm besser gehen soll oder nicht. Dem Therapeuten ist es an sich gleichgültig, welche Wahl der Patient trifft; alles, was der Therapeut tun kann, ist, dem Patienten dazu zu verhelfen, frei wählen zu können» (Berne 1961, p.245). Dass es dem Therapeuten gleichgültig sein soll, welche Wahl der Patient trifft, stimmt in der Praxis offensichtlich nicht. Man beachte nur einmal die vielen suggestiven Momente, die bei den therapeutischen Dialogen in der Neuentscheidungstherapie des Ehepaars Goulding einfließen! (M. u. R. Goulding 1979)

Nach einem Ausspruch des anerkannten Psychoanalytikers Kurt Eissler besteht das Ziel der therapeutisch angewandten Psychoanalyse in einer «strukturellen Veränderung der Persönlichkeit» (1950, angeführt nach H. Thomä in S.O. Hoffmann 1983, S.43). Darunter ist eine grundsätzliche und nicht nur auf einzelne Situationen bezogene Veränderung der Erlebens- und Verhaltenswiese zu verstehen. Es ist dies ein Ziel, das auch die therapeutisch angewandte Transaktionale Analyse anstrebt und ebenfalls als Veränderung formuliert (vergleiche den Titel *Change Now!* einer Veröffentlichung von W. u. M. Holloway, 1973). Freud sagt dazu: «Der geheilte Nervöse ist wirklich ein anderer Mensch geworden, im Grunde genommen aber natürlich derselbe geblieben, d.h. er ist so geworden, wie er bestenfalls unter den günstigsten Bedingungen hätte werden können» (Freud 1916/1917, Ges. W. XI, S.452). Eissler stellt weiter fest, dass «jede Technik» als psychoanalytische Technik zu bezeichnen sei, «die mit psychotherapeutischen Mitteln strukturelle Veränderungen der Persönlichkeit anstrebt oder erreicht, ganz gleichgültig, ob sie tägliche oder unregelmäßige Gespräche notwendig macht und ob sie die Couch benützt oder nicht» (Eissler ebendort). Damit kann die Transaktionale Analyse auch vom psychoanalytischen Strandpunkt aus ohne weiteres als Modifikation der Psychoanalyse, genauer: der psychoanalytisch orientierte Psychotherapie, aufgefasst werden und nicht nur als deren «Bastard», wie ich andernorts gelesen habe.

Siehe unten 1.5!

1.4 Die Transaktionsanalyse als Ergänzung und Fortentwicklung der Psychoanalyse

1.4.1 Die Transaktionale Analyse als nach Berne der Psychoanalyse überlegene Methode der Gruppentherapie

Die erste geschlossene Darstellung der Überlegungen und Methoden der Transaktionalen Analyse hat den Titel: *Transactional Analysis: A New and Effective Method of Group Therapy* (1958), also: *Die Transaktionale Analyse: Eine neue und wirksame Methode der Gruppentherapie.* Auch in dem 1961 erschienen Buch über *Transactional Analysis in Psychotherapy* wie in einer 1968 erschienen Neubearbeitung von *A Layman's Gulde to Psychiatry and Psychotherapy* stellt Berne die Transaktionale Analyse als sinnvollen Ersatz für die seiner Ansicht nach für die Gruppentherapie unzulänglichen Behandlungsgrundsätze der klassischen Psychoanalyse vor. Die Anwendung unveränderter psychoanalytischer Grundsätze

auf die Gruppentherapie ist tatsächlich eine nur behelfsmäßige Lösung, denn die Psychoanalyse ist für die Einzeltherapie geschaffen worden. Es gibt Psychoanalytiker, welche bestrebt sind, die für die Einzeltherapie geschaffenen Behandlungsgrundsätze möglichst pedantisch auch auf die Gruppentherapie zu übertragen. Sie betrachten eine Gruppe sozusagen als plurales Individuum, also als hysterisch, zwangsneurotisch oder phobisch, so Argelander (1972, S.14-18) und Ohlmeier (o. D.). Ein solches Verfahren lehnt Berne ab. indem er die Ansicht von Kierkegaard anführt, dass eine Gruppe nie ein Individuum sei (1966b, p.XX). Manche erfahrene Psychoanalytiker erreichen nach der Beobachtung von Berne aber mit einer Gruppentherapie nach psychoanalytischen Grundsätzen gute Ergebnisse, denn es kann ja im Rahmen einer Gruppe auch mit den einzelnen Teilnehmern gearbeitet werden («Einzeltherapie in einer Gruppe»). Überdies gibt es auch psychoanalytisch geschulte Gruppentherapeuten, welche gruppendynamische Gesichtspunkte ergänzend einbeziehen (⇗Psychoanalyse, 8).

<u>1.4.2 Die transaktionsanalytische Skriptanalyse als psychoanalytisch orientierte Psychotherapie</u>

Nach Berne ist es unsinnig, die Transaktionale Analyse der Psychoanalyse als antianalytisch gegenüberzustellen, wie es auch unsinnig wäre, eine verbesserte Konstruktion von Flugzeugen als der Schöpfung der Gebrüder Wright entgegengerichtet aufzufassen. Der Unterschied bestehe in den Akzenten, die beide Auffassungen setzen. Die Skriptanalyse ist nach Bernes Ansicht praktikabler als die Psychoanalyse wie etwa das arabische Zahlensystem praktikabler sei als das römische (Berne 1972, pp.399-341, dt.S.353 f). Skriptanalytiker lassen nach Berne die Lehren von Freud durchaus gelten. Die Skriptanalyse sei weder antianalytisch noch antifreudianisch; wenn man wolle könne man sie als parafreudianisch bezeichnen (1972, pp.400-401, dt.S.453). «Die meisten Therapeuten, die psychoanalytische Psychotherapie betreiben, versuchen dabei die Regeln der [klassischen oder orthodoxen] Psychoanalyse zu befolgen, die sich natürlich dazu nicht eignen». «Skriptanalytiker geben nicht vor, dass sie [orthodoxe] Psychoanalyse betreiben. Es trifft dies auch tatsächlich nicht zu.». Das Verfahren der Skriptanalyse ist nach Berne das für eine psychoanalytisch orientierte Psychotherapie passende Vorgehen (1972, p.400/S.453).

<u>1.4.3 Die Transaktionale Analyse als nach Berne geeignete Methode zur Selbsterfahrung für angehende Psychotherapeuten</u>

Bekannt ist die Forderung, dass jeder praktizierender Psychoanalytiker eine sogenannte «Lehranalyse» durchgemacht haben sollte, bei welcher erstens das Verfahren an sich selbst erlebt, zweitens neurotische Züge bei sich selbst verliert, drittens an Klarheit gewinnt über die Eigenarten seiner eigenen Persönlichkeit. Bei zukünftigen Psychotherapeuten, die keine Psychoanalytiker werden wollen, eignet sich nach Berne mit denselben Zielen, aber weniger Aufwand eine Selbsterfahrung in Transaktionaler Analyse. Ich kann das voll und ganz bestätigen. Eine Intensivwoche der Selbsterfahrung nach transaktionsanalytischen Grundsätzen eignet sich zur «Selbsterhellung» nicht nur von zukünftig transaktionsanalytisch arbeitenden Psychotherapeuten, sondern für alle Menschen, die in sozialen Berufen arbeiten, ganz aus-

gezeichnet. Ich habe sogar bereits ausgebildete Psychoanalytiker von solchen Intensivwochen schwärmen gehört!

1.4.4 Die Strukturanalyse als nach Berne sinnvolle Einleitung jeder Psychotherapie und damit auch der Psychoanalyse

Es empfiehlt sich nach Berne, schon vor Einleitung einer methodischen Psychoanalyse oder Psychotherapie den Patienten zu schulen, sein Erwachsenen-Ich oder seine «Erwachsenenperson» zu mobilisieren, wenn die Umstände dazu verführen, das Kind-Ich oder das Eltern-Ich einzusetzen, ohne dass dies sinnvoll wäre. Dann bringt es der Patient fertig, seine zuvor neurotisch gestörten sozialen Beziehungen schon vor der eigentlichen Heilung konstruktiver zu gestalten («social control» – Berne 1961, p.164) und seine Symptome im Alltag besser zu beherrschen («symptomatic control» oder «symptomatic relief» – 1961, p.165). Gelingt dies, so kann sich der Patient nach Berne immer noch entscheiden, ob er sofort oder später eine Psychoanalyse (!) anschließen will, denn seine Neurose ist im Grunde genommen damit nicht geheilt, sein Kind, transaktionsanalytisch gesagt, immer noch «verwirrt» (Berne (1961, p.86, 190f, 1966b, pp.241-242).

Nach Freud ist es für eine erfolgreiche psychoanalytische Behandlung notwendig, dass sich der Analysand gleichsam von außen, wie wenn er als Patient eine andere Person wäre, beobachten kann. Es wird von einem «Behandlungsbündnis» oder «Arbeitsbündnis» gesprochen. «Wem es nicht möglich ist, ein ‹Behandlungsbündnis› einzugehen, der ist für eine klassische Analyse ungeeignet» (Schafer 1976, S.207 f, 209 f). Diese Voraussetzung entspricht in transaktionsanalytischer Formulierung die Möglichkeit, mindestens zeitweise sein Erwachsenen-Ich zu mobilisieren, wozu ein Patient durch transaktionsanalytische Strukturanalyse geschult werden kann (Berne 1961, p.166).

1.4.5 Die Transaktionale Analyse als nach Berne eine Möglichkeit zur Behandlung von Störungen des Erlebens und Verhaltens, die mit der klassischen Psychoanalyse nicht ohne weiteres angegangen werden könnten

Berne hält eine Behandlung durch Strukturanalyse, d. h. vor allem eine Schulung zur Aktivierung des Erwachsenen-Ichs nach Unterscheidung der drei Ich-Zustände, auch für seelische Störungen geeignet, für die eine klassisch psychoanalytische Behandlung von Freud als nicht geeignet erachtet oder als außerordentlich schwierig eingeschätzt worden sei, so z.B. bei ambulatorischer Schizophrenie, Depressionen, manisch-depressiven Erkrankungen in Remission, Borderline-Patienten und abnormen Persönlichkeiten (zur damaligen Zeit als «Psychopathen» bezeichnet) (Berne 1957b, p.121/S.153). Berne war damit einer de Pioniere der ⇗kognitiven Therapie, die Albert Ellis gleichzeitig als rational-emotive Therapie begründete. Ellis selbst hat die 1957 von Eric Berne beschriebene Strukturanalyse als gleichsinnig erwähnt (Ellis 1962/ ?1991; 1962, S.39; 1991, S.35).

Heute ist allgemein bekannt, dass die Schulung bei an *Schizophrenie* Erkrankter in sachlich-realitätsbezogenem Denken zur Erfolgen führen kann. Aaron Beck, der die rational-emotive Therapie mit geringfügigen Variationen, als kognitive Therapie bezeichnet, hat beschrieben, wie *Depressionen* durch Mobilisierung des Erwachsenen-Ichs – wie ein Transak-

tionsanalytiker sagen würde – erfolgreich behandelt werden können (1967/[2]1972). Mit Mitarbeitern beschieb er die Behandlung von *abnormen Persönlichkeiten* ebenfalls durch gemeinsam mit dem Patienten durchgeführten Realitätsprüfung, d.h. auch wieder durch Einsatz des Erwachsenen-Ichs, wie ein Transaktionsanalytiker sagen würde (Beck et al. 1991/[2]2004). Und schließlich entsprechen die Empfehlungen von Christa Rohde-Dachser zur häufig jahrlangen Einleitung einer Behandlung von *Borderline-Persönlichkeiten* dem, was in der Transaktionalen Analyse schon 1957 als Aktivierung oder Mobilisierung eines ungetrübten Erwachsenen-Ich-Zustandes oder der «Erwachsenenperson» empfohlen worden ist. Der Ich-Anteil, dessen Aktivierung Frau Rohde bei ihren Patienten fördert, entspricht dem Erwachsenen-Ich in der Sprache der Transaktionalen Analyse.(Rohde 1979/[3]1983, S.197 f). Auch die Grundsätze der anschließenden «eigentlichen» Behandlung der Borderline-Patienten durch Psychoanalytiker entspricht weitgehend den Grundzügen einer transaktionsanalytischen Behandlung (Schlegel. 1986).

1.5 Einige zusätzliche Bemerkungen zum Verhältnis zwischen Psychoanalyse und Transaktionale Analyse

Im Gegensatz zur Psychoanalyse wird in der in der Transaktionale Analyse der Psychologie und Psychotherapie der mitmenschlichen Beziehung viel Raum gegeben. Ich erinnere an die Analyse von Transaktionen, an die Lehre von den Spielen, an die Grundeinstellungen, an die manipulativen Rollen oder das Dramadreieck, an die Psychologie mitmenschlicher Zuwendung («Streicheln»). Wenn Berne seinerzeit seine Ausbildungsseminare als «sozialpsychiatrisch» bezeichnet hat, hatte das noch nichts zu tun mit dem Begriff der Sozialpsychiatrie, wie wir ihn heute verstehen, sondern er wollte damit auf die Wichtigkeit der Psychologie sozialer Beziehungen hinweisen, die er mit dem Begriff «Transaktion» verband. Als Psychoanalytiker müsste Berne zu den Beziehungstheoretikern gerechnet werden.

Die transaktionsanalytischen Verfahren, die ich unter dem Begriff des «korrigierenden Erlebens» zusammenfasse, nämlich Erlaubnis, Beelterung und die Neuentscheidungstherapie sind die schärfsten Unterschiede zu Psychoanalyse und psychoanalytisch orientierten Psychotherapie! (⇗Transaktionale Analyse, 13.5).

Eine Besonderheit des Skriptbegriffs im Verhältnis von Psychoanalyse zur Transaktionale Analyse liegt darin, dass es sich doch bei den Skriptüberzeugungen um dysfunktionelle Schemata (⇗Schematherapie) handelt, ganz besonders wenn die destruktiven Grundbotschaften nach Campos und Goulding einbezogen werden, die heute bei einer Skriptanalyse wegweisend sind. In diesem Zusammenhang können die Erfahrungen von Freud erwähnt werden, die er auf einen Wiederholungszwang zurückführt und bei denen seine Schülerin Helene Deutsch von *Schicksalsneurose* spricht:

Freud: «So kennt man Personen, bei denen jede menschliche Beziehung den gleichen Ausgang nimmt: Wohltäter, die von jedem ihrer Schützlinge nach einiger Zeit im Groll verlassen werden, so verschieden sie sonst auch sein mögen, denen also bestimmt scheint, alle Bitterkeit des Undanks auszukosten; Männer, bei denen jede Freundschaft den Ausgang nimmt, daß der Freund sie verrät; andere, die es unbestimmt oft in ihrem Leben wiederholen,

eine andere Person zu großer Autorität für sich und die Öffentlichkeit zu erheben, und diese Autorität dann nach abgemessener Zeit selber stürzen; Liebende, bei denen jedes zärtliche Verhältnis zum Weibe dieselben Phasen durchmacht und zum gleichen Ende führt usw.» (Freud 1920, S. 20f; Deutsch 1930).

Aus transaktionsanalytischer Sicht werden hier *schon bei der Wahl* von «Schützlingen», Freunde, Geliebten und dann beim Umgang mit ihnen unbewusst Skriptüberzeugungen bestätigt.

2. Transaktionale Analyse und ⇗Individualpsychologie

Berne wurde während seiner psychiatrischen Ausbildung mit dem Werk von Alfred Adler schon vertraut, bevor er sich eingehender mit den Werken von Sigmund Freud befasst hatte. Berne ersetzt sich besonders im Zusammenhang mit der Skripttheorie und Skriptanalyse mit der Individualpsychologie auseinander: Von allen Autoren, die der Transaktionsanalyse vorangegangen seien, komme das, was Adler schreibe, einem Skriptanalytiker am nächsten; es gehe dies soweit, dass behauptet werden könne, die Skripttheorie sei nur eine etwas elegantere Auflage der Theorie über den Lebensstil nach Adler. Der wesentliche Unterschied besteht aber nach Berne darin, dass die Skripttheorie auf der Lehre von den Ich-Zuständen aufbaue, ohne die sie wie ein Kartenhaus zusammenbrechen würde. Tatsächlich ist aber für die *Praxis der Skriptanalyse* die Beachtung der Ich-Zustände als Modell unerheblich, aber Berne denkt in diesem Zusammenhang wohl ganz allgemein an die vitale und emotionale Abhängigkeit des Kleinkindes von seinen Eltern und deshalb seine Abhängigkeit von deren Botschaften, die es verinnerlicht, so dass sie fortlaufend seine Erlebens- und Verhaltensweisen beeinflussen. Auch Adler kennt die Abhängigkeit von den Eltern, weist aber zugleich auf das soziale Milieu, in dem jemand aufwächst. Auch er leitet den Lebensstil oder Lebensplan aus dem frühkindlichen Erleben ab, aber weniger ausschließlich aus elterlichen «Botschaften» wie Berne das Skript.

Berne führt wörtlich Sätze an, die Adler 1914 geschrieben hat (1972, pp.58-59/nicht übersetzt):

«Wenn ich das Ziel einer Person kenne, so weiß ich ungefähr, was kommen wird. Und ich vermag es dann auch, jede der aufeinanderfolgenden Bewegungen einzureihen ... Dazu kommt noch, dass auch der Untersuchte nichts mit sich anzufangen wüsste, solange er nicht nach einem Ziel gerichtet ist» (Adler 1914, S.20). «Das Seelenleben des Menschen richtet sich wie eine von einem guten Dichter geschaffene Person nach ihrem 5. Akt ... Jede seelische Erscheinung kann, wenn sie uns das Verständnis einer Person ergeben soll, nur als Vorbereitung für ein Ziel erfasst und verstanden werden» (ebendort S.21).

Diese Äußerungen Adlers decken sich rein formal mit dem Konzept von Berne über das Endzielskript. Berne ist es zu allererst aufgefallen, dass Menschen, die ein Suizid oder Suizidversuch begangen, einen Autounfall verursacht haben, einem Säuferwahnsinn verfallen, kriminell geworden sind oder eine Scheidung durchgemacht haben, dieses «Ziel» schon im Alter von sechs Jahren eingeplant hatten.

Nach Berne sind es Botschaften der Eltern, die durch das «Endziel» erfüllt werden, bei Adler handelt es sich um eine Überkompensation von Minderwertigkeitsgefühlen. Deshalb schreibt Adler auch, was Berne ebenfalls anführt, es entspinne sich «ein fiktives Ziel als gedachte, endgültige Kompensation und ein Lebensplan als Versuch einer solchen». Aus diesem Satz geht hervor, dass der Betreffende eigentlich, was er erstrebt, nicht erreicht, nämlich die «Gottähnlichkeit». Er wird also mit dem, was er erreicht hat, nie zufrieden sein. Bei Berne erreicht aber derjenige, der seinem Skript widerstandslos ausgeliefert ist, schließlich das in diesem beschlossene Ziel, sogar manchmal ganz überraschend am Ende einer gegebenenfalls jahrzehntelangen sozial unauffälligen Lebensspanne.

Der Transaktionsanalytiker Harris (1967) kommt Adler sehr nahe mit seiner Annahme, dass jedes Kind bereits kurz nach der Geburt durch Vergleich mit den Erwachsenen und der von ihnen beherrschten Welt die Grundeinstellung «Ich bin nicht O.K., ihr seid O.K.», d.h. Minderwertigkeitsgefühle, entwickle, die es durch Streben nach Macht, Besitz, Ansehen zu überspielen versuche.

Nach Adler beruht, wie bereits erwähnt, ein solcher Plan, auf einer «freien schöpferischen Kraft des Kindes». Dies entspricht der Auffassung von Berne von der Skriptentscheidung (auch: Grundentscheidung). Weiter ist dieser Plan nach Adler dem Betreffenden nicht bewusst, sonst könnte er gar nicht durchgehalten werden. Das endgültige Schicksal wird dann aber aus der eigener Verantwortung ausgeklammert. Berne an, Adler habe geschrieben, der Lebensplan bleibe unbewusst, «damit der Patient an ein unverantwortliches Schicksal, nicht an einen langen vorbereiteten, ausgeklügelten, verantwortlichen Weg glauben darf ... Den Abschluss und die Versöhnung findet der Mensch dann in der Konstruktion eines oder mehrerer ‹Wenn-Sätze›. ‹Wenn irgend etwas anderes gewesen wäre ... !› » (Adler 1914, S.30). Auch nach Berne ist ein solcher Lebensplan den Betreffenden nicht bewusst. Berne schreibt in seinem letzten Werk, der Plan sei vorbewusst, was uns nicht täuschen darf: «Vorbewusst» ist nämlich auch «unbewusst», nur eben ohne Überwindung von Widerständen bewusstseinsfähig. Es ist deshalb unangebracht, wenn Berne an Adler kritisiert, er bezeichne den Lebensplan als unbewusst. Für Adler ist er ohne besondere Maßnahmen zur Überwindung von Widerständen durchaus bewusstseinsfähig.

Berne bemerkt zu dieser Unbewusstheit, was Adler genauso gesagt haben könnte: Der Plan «setze sich durch», auch wenn er den *bewussten* Zielen der Betreffenden widerspreche. Manche glaubten, sie würden alles tun, um reich zu werden, verlören aber ihr Vermögen, während es den anderen um sie herum glücke, das Ziel zu erreichen. Andere behaupteten, sie würden alles tun, um geliebt zu werden, ernteten aber Hass, sogar von Seiten deren, von denen sie anfänglich geliebt worden seien. Solche, die nach der Bibel zu leben vorgeben würden, würden plötzlich zu Mördern oder vergewaltigten Kinder.

Adler huldigt einer finalen Betrachtungsweise. Wie aus dem Begriff des Lebensplanes oder auch Lebensstils hervorgeht, beurteilt er die Menschen nach ihren, allenfalls unbewusst angestrebten, Zielen. Das lässt sich auch von Berne sagen, wie sich ja aus dem Begriff des Skripts ohne weiteres ergibt. Ganz deutlich kommt dies auch in den Ausführungen von Berne zur Sucht zum Ausdruck. Bei Berne sind es allerdings die Botschaften der Eltern, welche

diese Ziele vorgeben, genauer vielleicht: das Selbst- und Weltbild, das sich auf Grund von Schlüsselerlebnissen aus der Kleinkindheit gebildet hat und sich im Sinn einer selbsterfüllenden Prophezeiung fortlaufend bestätigt. Dieses Selbst- und Weltbild nennt Adler «Apperzeptionsschema». Ein Appezeptionsschema ist nach Adler nach dem Gebrauch dieses Wortes in seinem Werk ungefähr das, was ich als Bezugsrahmen bezeichne, d.h. die Vorstellung, was einem Ereignis Sinn, Wert und Bedeutung gibt. Da Adler darauf auch die Eigenschaften «gesund» und «krank» anwendet, lässt sich wohl sagen,ein Skript im engeren (negativen) Sinn wäre für Adler ein «krankes Appezeptionsschema». Die entsprechende Auslegung der Erfahrungen wurde von Adler als «tendenziöse Apperzeption» bezeichnet. Auf dieselbe Gegebenheiten beziehen sich auch die heute gängigeren individualpsychologischen Ausdrücke «Privatmeinung» und «Privatlogik», die im Werk von Adler dem «common sense», offensichtlich im Sinn eines Urteils aus der «Erwachsenenhaltung», gegenübergestellt werden.

Der Transaktionsanalytiker Simoneaux (1977) meint, der augenscheinlichste Unterschied zwischen der Individualpsychologie und der Transaktionalen Analyse bestehe darin, dass letztere ein gruppentherapeutisches Verfahren sei, die andere aber nicht. Trotzdem Berne die Transaktionale Analyse tatsächlich in einer frühen Veröffentlichung als gruppentherapeutisches Verfahren deklariert hat, wandte er sie in jener Zeit auch als einzeltherapeutisches Verfahren an. Heute bewährt sich andererseits das individualpsychologische Verfahren auch in der Gruppentherapie. Der Transaktionsanalytiker Wilson (1975) macht auf Stellen im Werk von Adler aufmerksam, das an ein Ausspielen von Lieblingsgefühlen und an Rabattmarken im Sinn der Transaktionsanalyse erinnert; er erwähnt auch Kommunikationsmuster, über die Adler berichtet, die an manipulative Spiele denken lassen.

3. Transaktionale Analyse und ⇗Individualpsychologische Lebensstilanalyse

In der Lebensstilanalyse, wie sie seit Adler entwickelt wurde, haben sich seine Schüler von der Ansicht befreit, dass eine Neurose immer auf der Sucht nach Erhöhung des Persönlichkeitsgefühls und/oder dem Ausweichen vor Verantwortung beruht. Die Lebensstilanalyse entspricht der Skriptanalyse. Das kommt ganz klar zum Ausdruck, wenn Marlis Witta feststellt: *Der Lebensstil ist die im Kindesalter aufgrund der Einstellung zu sich selbst, zum Leben und zu den anderen unbewusst geprägte Zielsetzung eines Menschen. Sie motiviert seine Handlungen.* Der Ausdruck «Zielsetzung» widerspricht nicht dem Skriptbegriff, denn das Skript ist ja nach Berne ein Lebensentwurf, dem der Patient unbedacht folgt. Die Definition des Lebensstils durch Witta ist meines Erachtens die bessere Definiton des Skriptbegriffs als die letzte von Berne. Diese lautet: «Das Skript ist ein fortlaufendes Programm, das in der frühen Kindheit unter elterlichem Einfluss entwickelt wurde und welches das Verhalten des Individuums in den wichtigsten Belangen seines Lebens bestimmt» (1972, pp.417-420/S.471-475). Die Definition des Lebensstils nach Witta unterstellt nicht von vornherein, dass es hauptsächlich *elterliche Botschaften* sind, die den Lebensstil bestimmen. Es können auch soziale Umstände sein, körperliche Krankheiten, von den Eltern unabhängige Ereignisse, Ich halte es für besser, auch die Definition des Skripts nicht mit Theorien über die Ent-

stehung zu belasten. Die Ansicht über die Entstehung kann sich ändern, aber das Grundmodell kann bleiben. Berne schreibt übrigens selbst an derselben Stelle: «Jede Definition wird mit fortschreitendem Wissen Änderungen unterworfen!». Eben deshalb sei seine Definition des Skripts nicht endgültig, sondern wiederspiegle den derzeitigen Stand des Wissens.

Lebensstilanalytiker wie Skriptanalytiker fragen nach dem Selbstbild, der Vorstellung, in was für einer Beziehung «die anderen» zum Betreffenden stehen, nach dem Weltbild, nach den Folgerungen für Zielsetzung und Verhalten. Lebensstilanalytiker achten zudem, wie bereits erwähnt, bevorzugt auf den Grad und die Art von Aktivität oder Passivität, auf den Grad und die Art mitmenschlicher Beziehungen, auf den Grad und die Art des Mutes oder der Entmutigung. Der Skriptanalytiker achtet bevorzugt nach Anzeichen für die maßgebenden Antreiber und Grundbotschaften sowie die unbewussten, aber bewusstseinsfähigen Ziele des Endzielskripts und der Wiederholungsskripts. Solche «Botschaften» kommen bei den Lebensstilanalytikern als «Lebensstilsätze» zum Ausdruck, allerdings nur bedingt: Die Antreiber und die destruktiven Grundbotschaften oder Einschärfungen sind prägnanter und «greifen tiefer».

In Gruppen pflege ich der ursprünglichen Anregung von Alfred Adler folgend nur nach *einer*, der «frühesten» Lebenserinnerung zu fragen und nur dann nach mehreren Erinnerungen, wenn das Ergebnis allzusehr von dem abweicht, was ich sonst über den Teilnehmer weiß, so dass ich vermute, dass in seiner frühen Jugend etwas geschah, was seinen «Lebensstil» geändert hat.

4. Transaktionale Analyse und ⇗Analytische Psychologie nach C. G. Jung

Berne hat den Begriff *Persona* von Jung übernommen und zwar mit seiner Vieldeutigkeit. Er versteht unter Persona eine soziale Anpassung an die Erwartungen der Umgebung, «wie jemand sich gibt» (Berne 1970, p. 87/S. 74). Diese soziale Anpassung wird nach Berne im Alter zwischen sechs und zwölf Jahren (Berne 1970, p. 87f/ S. 74f; 1972, p. 158/S. 196) dem Skript entsprechend errichtet. Die Persona sei der Stil, mit dem das Skript ausgetragen werde (Berne 1972, p. 57/S. 80). Die Persona entspreche sowohl den eigenen Intentionen ie den Erwartungen der Umwelt. Berne vergleicht die Persona aber auch mit einer Maske. Hinter ihr werden nach Berne die eigentlichen Bedürfnisse, Gefühle und Gedanken eines Menschen sozusagen aussortiert, bevor sie geäußert werden (Berne l972, pp. 158-159/S. 196f).

Berne setzt die mit einer Persona begabte Persönlichkeit einerseits mit dem reaktiven «Kind» gleich, andernorts sieht er in ihr einen eigenen Ich-Zustand, beeinflusst durch die «Elternperson» und modifiziert durch berechnende Überlegungen, also wohl der «Erwachsenenperson», gegenüber der Mitwelt (Berne 1970, p. 88/S. 75). Es bleibt für mich ungeklärt, wie sich diese Überlegungen vertragen mit der schlichten Feststellung: Sei der Betreffende ein Gewinner, dann sei seine Persona, d.h. die Art, wie er sich gebe, anziehend, liebenswürdig, höflich, kontaktfreudig, sei er ein Verlierer, sei sein Verhalten abweisend, unwirsch, herablassend oder nörglerisch (Berne 1970, pp. 87-88/S. 74f; 1972, pp. 158-1,59/S. 196f).

Eine Beziehung zur Auffassung der Persona als Aspekt des «Kindes», besser: des Heranwachsenden, wie sie Berne vertritt, findet sich bei Jung nicht, ergibt sich aber immerhin aus einer Bemerkung von Anthony Stevens, eines Schülers von Jung: «Am Anfang entwikkelt sich die Persona aus der Notwendigkeit, sich an die Erwartungen der Eltern, Lehrer und der Gesellschaft des Heranwachsenden anzupassen» (Stevens 1990, S.63).

Auch der Begriff des *Archetypus* wird von Berne erwähnt. Nach ihm gestaltet sich das Skript nach Mustern, die in Mythen, Legenden und Märchen dargestellt sind (Berne 1972, p. 57/S. 79 f). Kinder haben eine konkrete Beziehung zu Mythen oder Märchen, für sie sind ja auch die maßgebenden, allwissenden und allmächtigen Erwachsenen, von denen es anfangs völlig abhängig ist, mächtig wie Riesen oder Götter (Berne 1972, p.39/S. 57; pp. 108f/S. 135f; p.172/S.211). Eines der Ziele der Skriptanalyse besteht nach Berne darin, «den Lebensplan des Patienten in einem passenden Zusammenhang mit der großen historischen Psychologie der ganzen menschlichen Rasse» zu sehen (Berne 1972, p. 47ff/S. 67ff), «Von jedem Skript findet sich eine Vorlage unter den griechischen Mythen oder Dramen» (1966c). Andernorts erwähnt Berne auch germanische Mythen und auch Märchen. Berne bezieht sich in diesem Zusammenhang auf ein im englischsprachigen Raum sehr bekanntes Buch von J. Campbell (1945), der sich seinerseits auf Freud, Jung und dessen Nachfolger stützt. Berne bestätigt mit Berufung auf Campbell und Jung, dass archetypische Gegebenheiten auch vielen bedeutsamen Eigenheiten des heutigen Kulturmenschen zugrundeliegen liegen würden (Berne 1972, pp.47-48/S.67ff, p. 57/S. 79f).

Anders als Jung lässt Berne das glückliche Ende eines Märchens grundsätzlich unberücksichtigt, so nimmt er an, ein solcher Schluss sei gleichsam «künstlich» beigefügt. Eine Frau, deren Lebenserwartung sich unbewusst nach dem Märchen von Dornröschen richte, schlafe und schlafe in Erwartung, dass plötzlich einmal ein Prinz sie wecken wird. Bei Jung zeigt ein solcher Schluss den Weg zur Erlösung aus drangvoller Situation.

Der archetypischen Übertragung, wie Jung das nennen würde, widmet Berne ein sehr eindrückliches Kapitel seines Werkes, in dem er darauf aufmerksam macht, dass «auf tiefster Ebene» der Patient den Therapeuten in der Hoffnung aufsuche, er werde von ihm «die magische Kugel» erhalten, deren Besitz ihn von alles Leiden und Problemen erlösen werde (Berne 1966b, pp.284-286). Nach C. G. Jung könnten wir in diesem Zusammenhang auch vom Stein der Weisen der Alchemisten sprechen (Jung 1944/^{2}1952). Der Therapeut habe dem Patienten diese unrealistische Erwartung bewusst zu machen und klar zu machen, dass er kein Weihnachtsmann sei, sondern ihm nur dazu verhelfen könne, die Realität mit ihren positiven und negativen Seiten so zu sehen und anzunehmen, wie sie sei, wennschon es möglich sein könne, in einer spielfreien, uneigennützigen Beziehung zu einem gegengeschlechtlichen Partner wenigstens Augenblicke zu erleben, die dem Besitz einer magischen Kugel vergleichbar seien (Berne 1966b, pp. 229, 284-286; 1972, p.153/S.189). Auch wenn der Therapeut vom «Kind» des Patienten, wie Berne schildert, als eine Art Märchenfigur erlebt werde wie ein Zauberer oder hilfreicher Fisch, Fuchs oder Vogel (Berne 1972, p.307/S.351f), ist das einer, wie ich es nach Jung nenne, archetypischen Übertragung einzuordnen.

5. Transaktionale Analyse und ⇗Klientzentrierte Psychotherapie

Die Psychotherapiemodelle lassen sich nach Berne grob unterteilen in elternhafte und rationale. Zu den elternhaften rechnet er z.B. Suggestionstherapie und allgemeine Aufmunterung [reassurance], zu den rationalen die nicht-direktive, also klientenzentrierte Therapie und die Psychoanalyse, die sich auf Konfrontation und Deutung gründeten. Die klientzentrierte Therapie konfrontiert und deutet aber nicht. Eher trifft es auf sie und die Psychoanalyse zu, dass sie im Gegensatz zu den «elternhaften» Therapieformen eine Persönlichkeitsveränderung anstreben, wie ich, was Berne «controls from within» nennt, verstehe (Berne 1961, p.1). Für diejenigen Vertreter der Transaktionalen Analyse, die diese ausdrücklich der Humanistischen Psychologie einordnen, liegt allerdings darin ihre größte Ähnlichkeit mit der klientzentrierten Gesprächstherapie. Rogers ist ein hervorragender Vertreter der Auffassung, dass der Mensch naturgegeben «gut» sei und dazu geschaffen, ein gesundes und erfülltes Leben zu leben, wenn seine «Selbstaktualisierungstendenz» nur von Blockierungen frei seien. Diese «Selbstaktualisierungstendenz» nach Rogers erinnert an das, was bei Berne nach Murray *Physis* heißt, eine allem Lebendigen innewohnende Potenz zur Entwicklung sowohl im Sinn der allgemeinen Evolution der Arten wie der individuellen Reifung einzelner Lebewesen. Ebenfalls eine Anregung von Murray folgend setzt Berne die Physis dem Élan vital, einem rational nicht fassbaren «Lebenstrieb», nach Henri Bergson gleich (Bergson 1907; Berne 1947/²1957; 1972; Murray 1912/²1925; Murray 1918). Berne schreibt aber ausdrücklich, bei der «Physis» handle sich um ein heuristisches Konstrukt, während Rogers annimmt, bei der «Selbstaktualisierungstendenz» handle sich um eine konkrete «Kraft».

Ich ordne die Transaktionale Analyse nicht der humanistischen Psychologie zu, zu deren Begründern Rogers zählt. Der einflussreiche Transaktionsanalytiker Steiner beurteilt zwar Menschen als nach unseren heutigen sozialen Wertmaßstäben vom Ursprung her «gut» (Steiner 1974), was dem humanistischen Menschenbild entsprechen dürfte. Berne selbst aber schreibt nur davon, dass er mit der *Annahme* an einen Patienten herangehe, dass jedes Kind mit *der Fähigkeit* [Auszeichnung durch L.S.] zur Welt komme, seine Möglichkeiten zu seinem und der Gesellschaft Vorteil zu entwickeln, sich seines Lebens zu freuen und produktive und kreative Arbeit zu leisten (1966b, p.259). Es schließt diese Voraussetzung keineswegs aus, dass ein Menschen auch eine Anlage zur Entwicklung von gegenteiligen Fähigkeiten zur Welt bringt. Nach Berne ist ja jedermann auch ein «kleiner Faschist». Es heißt dies, dass die Psychotherapie, die Berne empfiehlt, es darauf anlegt, die erstgenannten Fähigkeiten zu fördern. Eine wertfreie Psychotherapie gibt es ja tatsächlich auch nicht.

Für einen Transaktionsanalytiker sind die Motive sympathisch, mit denen Rogers die Bezeichnung «Klient» der Bezeichnung «Patient» auch in der Psychotherapie vorzieht und statt von «therapeutisch» lieber von «wachstumsfördernd» spricht. Rogers kehrt alles vor, damit ein Klient nicht den Eindruck bekommt, er werde durch den Psychotherapeuten als durch einen Überlegenen manipuliert. Rogers begründet damit sogar, wie bereits erwähnt, seine Ablehnung, Diagnosen zu stellen und in Gruppen Übungen anzuordnen. Dass er natürlich trotzdem gegenüber seinen Klienten mindestens Expertenautorität ist, wird von ihm, wie be-

reits von mir angedeutet, übersehen oder heruntergespielt. Die von einem Transaktionsanalytiker geforderte Grundeinstellung: «Ich bin O.K., du bist O.K.» respektiert den Patienten/Klienten als eigenständige Person, ohne die eigene soziale Rolle als Expertenautorität verleugnen zu müssen. Diese Partnerschaft zwischen Therapeut und Patient oder Berater und Klient ist nach transaktionsanalytischer Auffassung durch allfällige diagnostische Überlegungen, durch die Stellung von «Hausaufgaben», durch den immerwährenden Hinweis auf die Realität, durch mannigfache gezielte Interventionen, worunter auch ausgesprochene Konfrontationen, durch den Einsatz von Autorität nicht erschüttert (⇗Transaktionale Analyse, 14.6.1, die drei P).

Die Unterschiede zwischen klientzentrierter Psychotherapie und praktisch angewandter Transaktionsanalyse sind unübersehbar größer als die Gemeinsamkeiten, sowohl in der Einzel- wie in der Gruppentherapie. Es ist allerdings durchaus denkbar, dass ein Transaktionsanalytiker im Gespräch mit einem Klienten oder Patienten zuerst ähnlich vorsichtig wie ein klientzentrierter Gesprächspsychotherapeut vorgeht, also vorerst nur wiederholt, was der Klient oder Patient gesagt hat, um sich zu vergewissern, ob er ihn verstanden hat, um dann später auf Gefühle des Klienten zu achten, von denen dieser «wegsieht». Heinrich Hagehülsmann hat aber das in der Folge aktivere Vorgehen eines Transaktionsanalytikers im Zusammenhang mit einem solchen Gefühl ausgezeichnet geschildert: (1.) Der Therapeut nimmt in Einfühlung in den Patienten dieses Gefühl wahr; (2.) er verbalisiert es; (3.) er fordert den Klienten zur Überprüfung auf. Bis jetzt besteht kaum ein Unterschied zum Vorgehen eines klientzentriert arbeitenden Therapeuten. Nun aber fordert der Transaktionsanalytiker (4.) den Klienten auf, das entsprechende Gefühl durch Beispiele in seinem Alltagsleben zu konkretisieren, dann (5.) sich die eigenen und fremden Anteile beim Zustandekommen dieses Gefühls bewusst zu machen, schließlich (6.) sich vorzustellen, wie er zukünftig hinsichtlich dieses Gefühls anders mit sich und anderen umgehen will (Hagehülsmann 1982). Der Transaktionsanalytiker wird also das Gefühl, von dem der Klient «weggesehen» hat, zum Thema machen. Es ist dies nur ein Beispiel, dass ein Transaktionsanalytiker aktiver vorgeht und dem Patienten mehr zumutet als der klientzentrierte Gesprächspsychotherapeut.

Ich bin versucht zu sagen, dass Rogers glaubt, er begegne Patienten mit seinen nichtdirektiven Interventionen, mit der Vermeidung, Diagnose zu stellen, und damit, dass er in Gruppen keine strukturierten Übungen zur Förderung der Selbsterfahrung vorschlägt, fortlaufend auf der Ich-Du-Ebene, um Kriterien von Martin Buber beizuziehen (Buber 1923). Es macht aber meines Erachtens gerade das Wesen eines professionellen Psychotherapeuten aus, dass er zwischendurch auch auf die Ich-Es-Ebene umschalten kann, ohne sich in dieser zu verlieren. Das ist zweifellos auch bei Rogers so, sonst könnte er gar keine psychotherapeutische Methode vorschlagen.

6. Transaktionale Analyse und ⇗Kognitive Therapie

Die Beziehung der kognitiven Psychotherapie zur Transaktionsanalyse ist eng. Das praktische Verfahren der Kognitiven Psychotherapie entspricht dem Aufspüren von dem, was in

der Transaktionalen Analyse *Trübungen* genannt wird und ihrer Behebung durch Realitätsprüfung. Die «Schulung» und «Enttrübung» der «Erwachsenenperson», auf die Berne mit Recht großen Wert legte, *ist* Kognitive Psychotherapie!

6.1 «Irrationale Überzeugungen» (Ellis) und «automatische Gedanken» (Beck)

Die «irrationalen Überzeugungen» (Ellis) oder die «automatischen Gedanken» (Beck) entsprechen dem, was in der Transaktionalen Analyse als Botschaften aus dem Eltern-Ich gedeutet wird. Auch nach Ellis wurden die «irrationalen Überzeugungen» häufig in der Kindheit von den Eltern vermittelt, dann verinnerlicht und wirkten, gleichsam autosuggestiv, weiter. Bei den Beispielen von Ellis und Beck finden wir nicht nur «irrationale Überzeugungen» oder «automatische Gedanken», die an Antreiber erinnern, sondern auch Botschaften, die an destruktive Grundbotschaften denken lassen wie «Komm niemandem nah!» («Wenn ich Menschen nahe komme, könnten sie mich zurückweisen wie meine Eltern; das wäre schrecklich!» – Ellis 1962, S.149), «Gehör nicht dazu! («Niemand wird mit mir reden wollen ... Ich bin einfach ein Außenseiter!» – Beck 1976, S.202) oder «Sei nicht!» (indirekt: «Wenn ich über diese Brücke fahre, durchbreche ich das Geländer und stürze von der Brücke!» - Beck 1976, S.202). Diese «Überzeugungen» oder «Gedanken» sind nach Ellis und Beck Trübungen, wie ein Transaktionsanalytiker sagen würde, und einer bewussten Realitätsprüfung zugänglich.

6.2 «Innere Stimmen»

Die destruktive oder konstruktive Wirkung von «Selbstanweisungen», auf welche die kognitiv orientierten Verhaltenstherapeuten aufmerksam wurden, und das daraus hervorgehende «Selbstinstruktionstraining» erinnert den Transaktionsanalytiker unweigerlich an die «inneren Stimmen» der Ich-Zustände, auf deren introspektiven Erfassung Berne großen Wert gelegt hat. Die Erfahrungen der kognitiv orientierten Verhaltenstherapeuten machen darauf aufmerksam, dass durch bloße Beachtung und Einübung von konstruktiven Modifikationen Erfolge erzielt werden können.

6.3 Kognitive Psychotherapie und Skript

Ich zitiere aus dem Buch von Klaus Schuster, einem kognitiv orientierten Verhaltenstherapeuten (1999, S.117):

«In der Kindheit werden das spätere Selbstbild, das Weltbild und die wichtigsten Überlebensstrategien grundgelegt, deren Einhaltung durch Emotionen quasi sanktioniert wird.

Vor allem wenn die Eltern Bedingungen für ihre Zuwendungen stellen, entstehen starre Regeln beim Kind. Das Handeln gemäß dieser Regeln soll im Umgang mit den Eltern die Befriedigung zentraler Bedürfnisse – im Extremfall das Überleben – des Kindes ermöglichen.

So erwirbt die Person ihre handlungssteuernde Ausstattung an Grundüberzeugungen. Außerdem werden bestimmte Handlungsweisen im frühen Familienkontext gefördert, andere unterdrückt, nicht gelernt oder verlernt.

Es treten deshalb mit der Zeit Probleme in verschiedenen Situationen auf. Sie können aber noch kompensiert werden: Man spricht dann von einer *Problemphase.* Die Beziehungs- und Lebensgestaltung ist von den irrationalen Einstellungen beeinflusst.

In der oft viel später eintretenden *Konfliktphase* kann nicht mehr kompensiert werden. Es treten oft allgemeine unspezifische Stresssymptome auf: Kopfweh, Schlafstörungen, Anspannung ... jetzt stehen der Person nur drei Möglichkeiten offen:

- Resignation
- Symptombildung
- neuartige Verhaltensweisen

Aufgrund von Verhaltensdefiziten, Befolgung der starren Überlebensregeln und aus Angst vor der Notwendigkeit, das Selbst- und Weltbild oder irrationale Ziele ändern zu müssen, können keine neuartigen Verhaltensweisen gezeigt werden, die eine Erweiterung des Verhaltensspielraums bedeuten würden und den Konflikt lösen könnten. Also kann die Person nun nur noch resignieren und ein Leben unterhalb ihrer Möglichkeiten führen, oder sie bildet ein Symptom aus.

Dieses Symptom ist dann Folge des Konflikts, stellt eine Kompromisslösung dar und untermauert das alte Selbst- bzw. Weltbild, die Beziehungsgestaltung sowie die Überlebensregeln. Die Person ändert sich nicht! Auch ihre Ziele bleiben unrealistisch und unerfüllbar oder konflikthaft und stellen eine übersteigerte Form der in der Kindheit ersehnten und spärlich erfüllten Bedürfnisse dar.»

Es handelt sich um eine elegante Definition dessen, was die Transaktionsanalyse seit Jahrzehnten als Skript bezeichnet wird!

6.4 Weitere Beziehungen der Kognitiven Psychotherapie zur Transaktionsanalyse

Der große Wert, der in der Kognitiven Psychotherapie auf *Selbstverantwortung*, auch hinsichtlich der Gefühle, und auf *autonome Entscheidungen*, d.h. – transaktionsanalytisch formuliert: solche aus der «Erwachsenenperson» – gelegt wird, entspricht so völlig den Auffassungen der Transaktionsanalytiker, dass sich weitere Worte zu diesem Thema erübrigen! Dass es nur gutes und schlechtes Verhalten und nicht gute und schlechte Menschen gibt, entspricht der Voraussetzung, die der Grundeinstellung «Ich bin O.K., du bist O.K.» zugrundeliegt. Nach Epiktet, der in der Kognitiven Therapie gerne angeführt wird, sind, was die Menschen bewegt, nicht die Dinge selbst, sondern die Ansichten, die sie von ihnen haben. Es findet sich diese Auffassung auch beim Transaktionsanalytiker Kahler: «Niemand kann einen anderen – ich würde beifügen: ohne dessen Entgegenkommen – dazu bringen, sich gut oder schlecht zu fühlen!» («Glaubenssätze» [myths] – Kahler 19787). Gewinner und Verlierer gibt es auch nach der Kognitiven Psychotherapie.

Die kognitive Psychotherapie, wie sie von Judith Beck (1995) vertreten wird, nämlich neben dem Verfahren der Realitätprüfung auch dem Aufspüren von Schlüsselerlebnissen aus der Kindheit und deren Bearbeitung (↗Kognitive Therapie, 3.1.3), entspricht weitgehend der Transaktionsanalyse nach Berne, sogar der Neu-Entscheidungstherapie nach R. u. M. Goulding (1979).

7. Transaktionale Analyse und ⇗Kommunikationstherapie

Berne vertritt in Bezug auf den mitmenschlichen Umgang energisch einen *offenen oder direkten Kommunikationsstil.* Deutlich geht dies auch aus seinen Ausführungen über psychologische Spiele hervor, wobei er sich allerdings eingehend nur über sog. manipulative Spiele äußerte. Diese sind für ihn Ausdruck eines zu verwerfenden *unaufrichtigen, unredlichen, eben: manipulativen Kommunikationsstils!*

Berne hat durch seine Lehre von Transaktionen und von den manipulativen Spielen einen Beitrag zur Kommunikationslehre und Kommunikationstherapie geliefert. Nicht realisiert hat Berne, dass *jede* Botschaft doppelbödig ist. Die nur sachlich-rationale Botschaft gibt es nicht!

8. Transaktionale Analyse und ⇗Gestalttherapie

Berne erwähnt als Verwandtschaft zwischen Transaktionsanalyse und Gestalttherapie ihr besonderes Augenmerk auf den Körperausdruck (Berne 1966b, pp.112-113 - s. 5. Beispiel von Gestalttherapie). Wichtig ist auch eine weitere Gemeinsamkeit, nämlich die Hochwertung der Selbstverantwortlichkeit und des Verzichtes auf eine symbiotische Haltung.

Beim «Intimitätsexperiment» nach Berne setzen sich zwei Gruppenteilnehmer einander gegenüber und unterhalten sich. Dabei sind sie auf ihre Begegnung konzentriert und vermeiden Rituale, jede Art von unverbindlichem Zeitvertreib, auch Anspielungen auf Aktivität («Ich könnte mir denken, mit dir eine Bergwanderung zu unternehmen!»). Was bleibt sind Feststellungen mit «Ich» und «Du» im «Hier und Jetzt» (Schlegel 1993b, 1979/[4]1995). Das ist Gestalttherapie, auf die auch Berne mit der Bezeichnung «Experiment» anspielt, denn als «Experimente» bezeichnete Perls aufschlussreiche Erlebnisse im «Hier und Jetzt».

An die Gestalttherapeuten erinnert auch lebhaft, dass Berne von einem autonomen Menschen erwartet, dass er unmittelbar sinnlich wahrnehmen kann, so den Gesang eines Vogels, ohne sich den Kopf zu zerbrechen, wie dieser wohl heißt, – dass er Begebenheiten mit Gefühlen begegnen kann, die nicht anerzogen und konventionell sind, – dass er fähig ist zu aufrichtigen, uneigennützigen «spielfreien» Begegnungen und Beziehungen, wie sie Berne als Intimität bezeichnet (Berne 1964, pp. 178-181/S. 244-248). An einer anderen Stelle seines Werks gehört nach Berne zur Intimität oder setzt eine solche voraus «die Freude an dem, was hier und jetzt ist ... die Bäume zu sehen und die Vögel singen zu hören ... das strahlende Hier und Jetzt des offenstehenden Alls» zu erleben (Berne 1970, p. 203/S. 171). Es erinnert diese Bemerkung an die ⇗Gestalttherapie und ihrer Forderung nach unmittelbarer Aufgeschlossenheit [awareness].

Ein Unterschied zwischen Transaktionale Analyse und Gestalttherapie liegt darin, dass Perls selbst, wenn auch nicht alle seine Schüler, eine bestimmte Ideologie vertreten hat – dieser Begriff hier nicht negativ verstanden – , von der er anscheinend glaubte, die Welt könnte daran genesen. Er suchte eine Gemeinschaft zu gründen, in der alle Teilnehmer im Sinn seiner Lebensanschauung «echt» leben würden. Kurz vor seinem Tod gelang es ihm, eine solche Gemeinschaft, ein «Gestaltkibbuz», zu gründen. Bei Berne finden sich zwar An-

deutungen einer Ideologie, der er allgemeine Verbreitung wünscht, aber dann ist er doch der Ansicht, dass es nur einige wenige Menschen echte Autonomie erreichen könnten, während andere mit einem solchen Ansinnen überfordert würden. Er lebt im Alltag und sieht seine Patienten im Alltag der [L.S.: westlichen, mittelständischen] Gesellschaft leben. Er versucht dem Einzelnen zu helfen. Die Transaktionsanalyse ist seines Erachtens eine Heilmethode und keine Ideologie.

Die Gestalttherapeuten sind in der Psychotherapie stärker persönlichkeitszentriert als die Transaktionsanalytiker. Vielleicht deutlicher bei Berne als bei anderen ist es ein wichtiges Ziel, dass die Menschen miteinander auskommen, konstruktiv miteinander umgehen und sich gegenseitig fördern. Auch die Arbeit am einzelnen soll diesem Ziel dienen. Deswegen rechnet Berne die Transaktionale Analyse zur Sozialpsychiatrie, wie er diese versteht.

Berne steht der Psychoanalyse näher als Perls. Er glaubt, dass verwandelnde Erlebnisse, die zu vermitteln meines Erachtens das Ziel jeder Psychotherapie ist, auch durch Einsicht zu erreichen sind, eine Möglichkeit, die Perls ablehnt: «Verliere deinen Kopf und komm zu deinen Sinnen!» Die «Sinne» stehen bei Perls für «unmittelbares Erleben». Transaktionsanalytiker sind im allgemeinen der Überzeugung, dass ein bleibender Gewinn eher aus einem «verwandelnden Erlebnis» gezogen werden kann, wenn der Betreffende auch gedanklich nachvollziehen kann, was vor sich gegangen ist (Goulding, R. 1985).

Dass gestalttherapeutischen Verfahren in eine transaktionsanalytische Behandlung eingebaut werden können, daran besteht kein Zweifel. Auch Berne sieht diese Möglichkeit. Sehr viele Transaktionsanalytiker benützen auch tatsächlich in ihrer Beratung und Therapie gestalttherapeutische Verfahren (Abell 1976; James u. Jongeward 1971; James 1977b, pp.250-271; English 1976a; Goulding 1985). Die Praxis der Neuentscheidungstherapie von R. u. M. Goulding besteht in einem «Amalgam» (Wolfensberger) von gestalttherapeutischen und transaktionsanalytischen Verfahren (Goulding, M. u. R. 1979).

9. Transaktionale Analyse und ⇗Systembezogene Betrachtungsweise

In der Transaktionsanalyse kommt andeutungsweise bereits eine systembezogene Betrachtungsweise darin zum Ausdruck, dass Berne die *Transaktion* als Grundeinheit einer Kommunikation betrachtet und nicht, wie sonst in der bisherigen Kommunikationspsychologie üblich, die *Botschaft*. Transaktion ist Anrede und Reaktion und die Reaktion zudem wieder Anrede, die beim Kommunikationspartner zu einer Reaktion führt usw. Die Systeme, mit denen sich Berne beschäftigt, ganz besonders dasjenige zwischen zwei «Spielern» in einem manipulativen Spiel, sind dysfunktionell und umfassen im allgemeinen zwei Personen, die in einer **komplementäre Verstrickung* befangen sind. Willi (1975) hat dafür den Begriff *Kollusion* [Zusammenspiel] im deutschen Sprachbereich bekannt gemacht; allerdings spricht er anscheinend erst dann von einer solchen, wenn eine Kollision daraus geworden ist!

Der wichtigste Beitrag von Berne zur systembezogenen Betrachtungsweise, besonders im Hinblick auf ein «Familiensystem», besteht in seiner Vorstellung, dass die Skripts verschiedener miteinander zusammenlebender Personen ineinander greifen können [interlokking scripts]. Jedes Mitglied des Systems erfüllt dann eine Funktion im Skript des anderen.

Das ist nach Berne durchaus üblich bei Menschen, die sich zu einem Paar zusammengefunden haben (s. Schlegel 1993b, Stichwort *Paartherapie*; 1979/[4]1995, S.364-367), kann aber auch bei einer Familie der Fall sein, wie dies Berne am Märchen von Aschenputtel demonstriert. In einem solchen System besteht dann ein sozusagen skriptbedingtes Gleichgewicht, das, wenn eines seiner Mitglieder sich aus seinem Skript zu befreien versucht, zusammenbrechen muss.

Fast jede Kommunikationssequenz, die Berne als Spiel bezeichnet, wird von ihm systembezogen ausgelegt, ohne dass er dies aber ausdrücklich in die Definition eines Spiels einbezogen hat (frei nach Berne 1964b).

Erstes Beispiel: Das Alkoholikerspiel nach Berne

Alkoholiker ist systemisch an andere gebunden: Möglicherweise ist seine Frau in einer Verfolgerrolle («Nimm dich endlich zusammen! Du bringst mich und deine Kinder noch in's Grab!»). Ihr gegenüber fühlt sich dann der Alkoholiker als Opfer und kann seine Schuldgefühle leben. Der Hausarzt als guter «Onkel Doktor» ist vielleicht in der Retterrolle («Alkoholismus ist eine Krankheit») und legt dem Alkoholiker dadurch unbedacht nahe, keine Verantwortung für sich zu übernehmen. Die Mutter mag die Rolle des Naivlings [patsy] spielen («Komm, hier hast du Geld! Gönn dir eine warme Mahlzeit!»). Sie ermöglicht dem Alkoholiker, sich mit oder ohne Schuldgefühle als schlau und überlegen vorzukommen. Ein anderer spielt die Rolle des «Versuchers» oder des «guten Kollegen», der froh ist einen willfährigen Freund zu finden, der sich mit ihm abgibt («Nehmen wir zusammen einen Drink! Ich lade dich ein!»). Gar nicht zu sprechen vom «Drogenlieferanten»!

Es wäre zu untersuchen, ob ein solcher Alkoholiker in verschiedene Paarsysteme eingebunden ist, deren jedes seinem Skript entgegenkommt. Vielleicht hängt auch ein solcher Alkoholiker mit allen «Mitspielern» in einem unbegrenzten «Skriptnetz»!

Durch solche «Spiele» ist natürlich die Entstehung einer Alkoholsucht nicht «erklärt», aber die Gewohnheit, solche Spiele zu spielen, kann einen Widerstand gegen eine Heilung bilden.

Zweites Beispiel: Das Spiel «Schuldner» nach Berne

Junge Ehepaare mieten vielleicht eine Wohnung, die so teuer ist, dass sie die Möglichkeiten ihres Budgets übersteigt. Sie bleiben die Miete schuldig. Es kommt zu unerfreulichen Auseinandersetzungen, aber das Ehepaar kommt doch zum heimlich angestrebten «Gewinn», nämlich zur Betätigung ihrer Überzeugung, auch ihren Freunden gegenüber, wie rücksichtslos und habgierig Vermieter sind. Der Vermieter seinerseits sieht sich in seiner Meinung bestätigt, dass «alle» ihn betrügen wollen oder dass er einfach immer Pech hat mit der Auswahl der Mieter («Warum passiert dies auch immer gerade mir!»). Es ist dabei nach Berne kein Zufall, dass dieser Vermieter eben gerade diese Mieter gefunden hat und umgekehrt, vorausgesetzt, sie hatten eine Wahl.

Die *manipulativen Rollen im Dramadreieck* sind auf ein dysfunktionales Zweiersystem, bezogen. – Die asymmetrischen *Grundeinstellungen* werden bei Paaren im allgemeinen komplementär eingenommen, was ebenfalls einer komplementären Verstrickung, einer Kollusion entspricht. Was Jürg Willi in seinem Buch über die *Zweierbeziehung* (1975) als «pro-

gressive Haltung» bezeichnet, entspricht der + – Grundeinstellung, was er regressive Haltung bezeichnet einer – + Grundeinstellung. Unter diesem Gesichtspunkt ist das Buch von Willi meines Erachtens die beste Illustration zu den Grundeinstellungen, die ich kenne. Was in der Transaktionalen Analyse als *Symbiose* bezeichnet wird, ist ein zweigliedriges System. – Ich erwähne schließlich auf die den drei Ich-Zuständen entsprechenden Persönlichkeitsanteile, aufgefasst als *innerpersönliches System*.

Bernd A. Schmid hat sich theoretisch eingehend auf eigene Art mit dem Verhältnis zwischen Transaktionsanalyse und systembezogener Betrachtungsweise befasst (Schmid 1994; 2003/^{2}2004).

10. Transaktionale Analyse und ↗Schematherapie

Zwischen der Transaktionale Analyse und der Schematherapie nach Young besteht eine enge Beziehung, denn die Skriptüberzeugungen, die Grundüberzeugungen oder Grundannahmen, die ich mir von mir selber mache, von anderen oder von der Welt u dem Leben als Ganzem, sind dysfunktionelle Schemata. Skriptüberzeugungen wie Schemata werden auf Erlebnisse in der frühen Kindheit zurückgeführt, die unter Verkennung der Realität sozusagen in die Zukunft weitergetragen werden. Bei der Formulierung der Schemata kommt das besser um Ausdruck als bei den in der Transaktionalen Analyse als Untersagungen [injunctions] formulierten destruktiven Grundbotschaften.

Beispiele:

Das dysfunktionelle Schema «Mangelndes Zugehörigkeitsgefühl» [Social Isolation/Alienation] ist Ausdruck der Erfahrung: «Ich gehöre nirgends dazu!», z.B. weil der Betreffende in einer reformierten Familie in einem Dorf aufgewachsen und zur Schule gegangen ist, in dem alle anderen Bewohner sich dezidiert zur römisch-katholischen Kirche bekannt haben. Als destruktive Grundbotschaft formuliert heißt es: «Gehör nicht dazu!». – Das dysfunktionelle Schema «Versagen» [Failure] entspricht der destruktiven Grundbotschaft: «Schaff es nicht!». – Eine weitere destruktive Grundbotschaft von Goulding lautet: «Sei nicht nah!». In dieser Formulierung provoziert sie die Frage: «Warum nicht?». Vielleicht ist dem Betreffenden seine Mutter gestorben, wie er dreijährig war und die Antwort lautet: «Weil jemand, dem ich mich nahe fühle, mich verlassen wird!», er also im dysfunktionellen Schema befangen ist: «Im Stich gelassen!». Niemandem nahe zu kommen («Sei nicht nah!») entspricht dem vermeidenden «Umgang mit dem Schema». Wenn ich niemandem nahe komme oder niemanden nahe an mich heranlasse, werde ich auch nicht verlassen!

Eine wieder andere Form der Beziehung zwischen dysfunktionellem Schema und Grundbotschaft ergibt sich beim Schema «Minderwertig». Es entspricht dieses in transaktionsanalytischer Formulierung der Grundeinstellung: «Ich bin nicht O.K., du bist (die anderen sind) O.K.!». Das dysfunktionelle Schema der «Grandiosität» entspricht der Grundeinstellung: «Ich bin O.K., du bist (die anderen sind) nicht O.K.!». Es können also auch die Grundeinstellungen als dysfunktionelle Schemata aufgefasst werden!. – Das dysfunktionelle Schema «Selbstlos Helfen», das im Verhalten etwa der Retter-Rolle entspricht im Dramadreieck der Transaktionalen Analyse entspricht, wird von Young u. Mitarbeitern darauf zurückgeführt,

dass ein Elternteil vom Kind als «schwach, bedürftig, kindlich, hilflos, krank oder depressiv» erlebt worden ist, was zur Folge hatte, dass das Kind gezwungen war, aus Rücksichtnahme seine eigenen Bedürfnisse hintanzustellen, keine Geborgenheit bei diesem Elternteil zu finden, sondern viel eher parentifizierend sich um ihn zu kümmern (Young u. Mitarb. 2003, p.247/S.309). Es weist dies auf einen etwas andere Interpretation einer Retter-Rolle als in der Transaktionalen Analyse, welche die Überlegenheit im Kontakt mit den «Opfern» betont. Zwar erleben sich nach Young u. Mitarbeitern auch die «selbstlosen Helfer» als stärker («stronger») als diejenigen, denen sie helfen, aber in der Behandlung müsse ihnen bewusst gemacht werden, dass die Befriedigung ihrer Bedürfnisse in der Kindheit zu kurz gekommen seien und dass sie es so nötig haben, diese zu berücksichtigen. Diese Überlegungen der Schematherapeuten werfen ein neues Licht auch auf die Interpretation die manipulative Retter-Rolle durch Transaktionsanalytiker! – Ich erwähne das dysfunktionelle Schema «Perfektionismus». In der Transaktionalen Analyse geht es dabei um den Antreiber «Sei immer perfekt!». Auch die anderen Antreiber: «Sei immer liebenswürdig!»,«Streng dich immer an!», «Beeil dich immer!», «Sei immer stark!» können ohne Weiteres als dysfunktionelle Schemata aufgefasst werden. – Dasselbe gilt für die sogenannten Wiederholungsskripts, z.B. «Und nachher kommt die Katastrophe!» oder «Wenn ich es fast geschafft habe, beginnt alles von Neuem!».

Die verschiedenen Konzepte der Transaktionalen Analyse lassen sich recht zwanglos in den Überbegriff psychologischer Schemata einordnen, wie soeben bereits erwähnt: die destruktiven Grundbotschaften, die Grundeinstellungen, die manipulativen Rollen, die Antreiber, wohl auch die Wiederholungsskripts. Es fördert diese Erkenntnis *theoretisch* die «Unité de doctrine». Trotzdem darf aber nicht übersehen werden, dass es sich *in der Praxis der Skriptanalyse* bewährt hat, diese Konzepte als Gruppen von Schemata auseinanderzuhalten.

Schließlich sind noch die «Modi» der Schematherapie zu erwähnen, insofern es sich dabei um «Facetten des Selbst» handelt, also die verschiedenen Kind-Modi und die verschiedenen Eltern-Modi sowie der Modus des «gesunden Erwachsenen», der auch eine wohlwollend sich einfühlenden Elternhaftigkeit umfasst. Hier ist der Bezug zu den drei Ich-Zuständen der Transaktionalen Analyse unübersehbar. Für die Schematherapeuten ist es besonders bei Persönlichkeitsstörungen ein wichtiges Anliegen, dass sich der in einem dysfunktionellen Schema befangene Patient wieder als verletzliches Kind erlebt und dass er sich als solches mit verbietenden oder mahnenden Elternmodi auseinandersetzt. Ich erinnere: Nach Berne setzt sich der Transaktionsanalytiker bei der Behandlung zum «verwirrten Kind» in Beziehung, arbeite also gleichsam als Kinderarzt. Der Umgang mit den «Modi» als verschiedenen «Facetten des Selbst» *ist* Transaktionale Analyse, ebenso die Haltung des Therapeuten als «gesunder Erwachsener» und vorerst «wohlwollende Elternperson» und in diesen Vorbild für den Patienten.

FAMILIENAUFSTELLUNG
durch Bert Hellinger

Ich befasse mich hier mit dem Verfahren der Familienaufstellung, wie Bert Hellinger es persönlich zu therapeutischen Zwecken durchzuführen pflegt, d.h. zur Behebung psychischer und psychosomatischer Störungen bei Patienten. Ich befasse mich nicht mit Familienaufstellungen nach Hellinger als Hilfe zu Entscheidungen, z.B. bei wem nach einer Scheidung von Eltern die Kinder leben sollen, auch nicht zur Hilfe bei anderen sozialen oder bei organisatorischen Problemen. Psychotherapie ist nach Hellinger ein möglicher sinnvoller Gebrauch seines Verfahrens (in Weber 1993, ganzes Buch; Hellinger 1994, S.20 und andernorts; Hellinger 2003/2). Die Familienaufstellung nach Hellinger ist nicht zu verwechseln mit der klassischen systemischen Familientherapie (⇗Systemische Betrachtungsweise), obgleich sie auch als «systemisch» bezeichnet werden kann. Die «Familie», wie sie Hellinger auffasst, umfasst mehr Mitglieder, als aktuell zusammenleben, nämlich auch längst verstorbene oder kürzlich verstorbene, frühere Partner der Eltern oder ihre Geschwister, insofern Hellinger direkte oder indirekte bedeutsame psychologische Beziehungen zum Klienten oder Patienten vermutet.

1. Zusammenfassung

Eine Familienaufstellung wird in Gruppen durchgeführt. Ein Klient meldet sich und sagt, woran er leidet. Hellinger fragt kurz nach den wichtigsten Tatsachen und Ereignissen aus der Familiengeschichte und kann dazu klärende Fragen stellen, so z.B. frühere Partnerschaften, Todesfälle in jungen Jahren, schwere Krankheiten, Ereignisse im Zusammenhang mit Krieg und ähnliches. Dieses Gespräch dauert aber nur kurz; es handelt sich keineswegs um eine eingehende Familienanamnese wie im Sprechzimmer eines Psychotherapeuten. Dann lässt er den Klienten die Familie, meistens seine Herkunftsfamilie, aufstellen. Es geschieht still und ohne Worte. Dabei wählt der Klient aus den Beobachtern Stellvertreter für die einzelnen Familienmitglieder, einschließlich seiner selbst. Er stellt die ausgewählten Stellvertreter auf einem freien Platz oder auf einer Bühne auf. Es soll so ein Bild entstehen, wie der Klient die emotionalen Beziehungen der Familienmitglieder zueinander erlebt hat: Nähe und Ferne zueinander, Zuwendung und Abwendung, dargestellt durch die Blickrichtung, Einzelstehen und Koalitionen. Am treffendsten wird von Familienkonstellation gesprochen. Hellinger mag den Klienten zur Aufstellung noch zusätzlicher Familienmitglieder auffordern, z.B. «Wohin stellst du deinen im Krieg umgekommenen Bruder?». Nicht nur kann die so aufgestellte Familie mehrere Generationen umfassen, auch Geschwister der Eltern und Großeltern können aufgestellt werden, auch für Verstorbene können Vertreter aufgestellt werden und für Kindern aus Schwangerschaftsunterbrechungen, nicht aber aus Fehlgeburten. Weiter: «Und nun noch den ersten Ehemann deiner Mutter, die ja, wie du mir gesagt hast, von einem ersten Mann geschieden war!». Es kann dies zu einer Erweiterung der Konstellation weit über das hinausführen, was gemeinhin als Familie bezeichnet wird.

Nun wird Hellinger aktiv. Er geht zu den einzelnen Stellvertretern, von denen jeder weiß, wen er in der Familie des Klienten vertritt, und fragt sie, wie ihnen zumute ist, gefühlsmäßig und empfindungsmäßig. Wenn es einem oder mehreren Stellvertreter dort, wo sie in der Konstellation stehen, nicht wohl ist, regt Hellinger eine Umgruppierung an. Angestrebt wird, dass jeder Stellvertreter an derjenigen Stelle in Bezug zu allen anderen steht, an dem es ihm wohl ist.

Der Stellvertreter des Klienten wird nun durch diesen selbst ersetzt; dieser begibt sich also persönlich in die Konstellation. Das schafft eine völlig neue Situation. Der Klient hat sich in der Folge mit verschiedenen Mitgliedern seiner Familie, d.h. mit deren Stellvertretern, auseinanderzusetzen. Hellinger führt auch dabei wieder aktiv Regie. Er stellt z.B. den Patienten vor den Stellvertreter seines Vaters und befielt ihm: «Sieh ihn offen an! – Sag: ‹Jetzt sehe ich dich als meinen Vater!› oder ‹Ich gebe dir die Ehre!› und begleite diesen Satz mit einer tiefen Verbeugung.». Aber auch die Stellvertreter werden zur Beteiligung aufgefordert, z.B. zum Stellvertreter eines Großvaters, der Nationalsozialist war: «Sag: ‹Meine Schuld trage ich. Du bist nur das kleine Enkelkind!› ». Es führt dies zu ausgesprochenen Emotionen, deren Ausdruck von Hellinger ganz gezielt gefördert wird: «Geh näher heran zu ihr!».

2. Bert Hellinger, Begründer des nach ihm benannten Verfahrens der Familienaufstellung

Anton Suitbert Hellinger ist 1925 geboren. Über seine Kindheit und seine Jugend ist mir nichts bekannt, als dass er die letzte Kriegszeit noch als junger Soldat erlebte. Er ist dann Mitglied eine Missionsordens geworden ist und hat als solcher den Vornamen «Suitbert» neben seinem weltlichen Namen «Anton» angenommen. Seine schulische Missionstätigkeit in Afrika machte ihn mit der Kultur der Zulus vertraut. Noch in Afrika kam er in Kontakt mit der damals aktuellen Lehre von der Gruppendynamik. Ein wichtiges Ereignis für Hellinger – nun bereits in Deutschland, denn er war 1971 aus dem Orden ausgetreten – war ein Gestalttherapieseminar bei Ruth Cohn, der Begründerin der Themenzentrierten Interaktion (TZI). Er absolvierte eine psychoanalytische Ausbildung in Wien. Er las das Buch *The Primal Screem* [Der Urschrei] von Arthur Janov, das ihn bewog sich während neun Monaten in Los Angeles bei Janov und im Anschluss daran noch in Denver zum Primärtherapeuten auszubilden.

Kurz vor der Ausbildung zum Primärtherapeuten lernte er das Buch von Eric Berne, dem Begründer der Transaktionalen Analyse kennen: *Was sagen Sie, nachdem Sie «Guten Tag» gesagt haben.* Wie sich aus einem Vortrag ergibt, den er 1976 im Deutschen Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik hielt, bekannte er sich dann zur Transaktionsanalyse. Sein Bekenntnis erschien unter dem Titel *Die Transaktionsanalyse als ein neues Modell der Struktur der menschlichen Person und der Dynamik ihres Verhaltens* in der Zeitschrift. dieses Kreises. Sitzungen im Sinn der Urschrei-Therapie betrachtete er weiterhin als wertvoll. Er veranstaltete intensive Selbsterfahrungswoche in Transaktionaler Analyse. So ungefähr vom Jahr 1979 an erweiterte er bereits andeutungsweise die Skriptanalyse als eine Auf-

deckung «elterlichen Botschaften» durch den Gesichtspunkt von «unbewussten Loyalitäten» in der weiteren Familie.

Er befasste sich mit Familientherapie bei Ruth Mc Clendon und Leslie Kadis, wobei er die Arbeit mit Familienskulpturen kennen lernte, bei der Familientherapeutin Thea Schönfelder dann das Verfahren von Familienaufstellungen. Daneben bekam er wichtige Anregungen durch die Neuolinguistische Programmierung, die provokative Therapie nach Frank Farelly u. Jeffrey M. Brandsma sowie die Arbeit mit Metaphern, d.h. gleichnisartigen Geschichten, nach Milton Erickson. Aus all dem entwickelte er später unter Abwendung von der Transaktionalen Analyse und der Primärtherapie seine besondere Art von Familienaufstellungen, für die er berühmt und allerdings bei vielen Fachleuten auch berüchtigt geworden ist.

Bei Bert Hellinger hat mir imponiert, wie er im Laufe der Jahre mit immer wieder neue und andere psychotherapeutischen Anregungen mit Begeisterung aufgriff und auf seine Art in die Praxis umsetzte. Das Verfahren seiner «Familienaufstellungen» scheint seinem narzisstisch-charismatischen Wesen und seinen intuitiven Fähigkeiten so zu entsprechen und vielleicht auch so viele Anerkennung zu verschaffen, dass er darauf beharrt, das sei „*das* Richtige", sogar für chronisch körperlich Kranke. Schade, dass Bert Hellinger bei seinen genialen Fähigkeiten nicht wie die Jahrzehnte zuvor wieder andere, neue Akzente in der Psychotherapie entdeckt, denn „*das* Richtige" gibt es nicht!

3. Beispiele

3.1 Erstes Beispiel einer Familienaufstellung durch Hellinge

In der Psychosomatischen Klinik Herrenalb leitete Hellinger ein Seminar. Er behandelt Patienten vor den Ärzten. Aus diesem Seminar das folgende Beispiel. (in Weber 1993, S.298-302, zum Teil wörtlich von dort übernommen, die Stellvertreter in Kursivschrift). Wie üblich fragt Hellinger, bevor ein Patient seine Herkunftsfamilie mit Stellvertretung auch für sich selbst aufstellt, nach besonderen Geschehnissen in seinem Schicksal und in der weiteren Familie.

Der jetzt 22-jährige Patient berichtet, das er als Kind immer wieder gestürzt sei fünfmal eine Gehirnerschütterung erlitten habe. Wie Hellinger fragt, ob es in der Familie jemanden gebe, der etwas am Kopf habe (Hirnverletzung etc.), erinnert sich nicht der Patient, aber weiß seine im Publikum anwesende Therapeutin, dass die Mutter des Patienten öfter an Depressionen gelitten habe, einmal in einer psychiatrischen Klinik gewesen ist und in der Familie den Ruf habe, «im Kopf nicht richtig» zu sein. Die Mutter hat eine Zwillingsschwester, die geschieden ist, und eine weitere jüngere Schwester. Der Vater des Klienten starb vor einem Jahr im Alter von fünfzig Jahren an einem Herzversagen, und der Großvater väterlicherseits starb in Kriegsgefangenschaft an einer Ruhr, als der Vater sechs Jahre alt war.

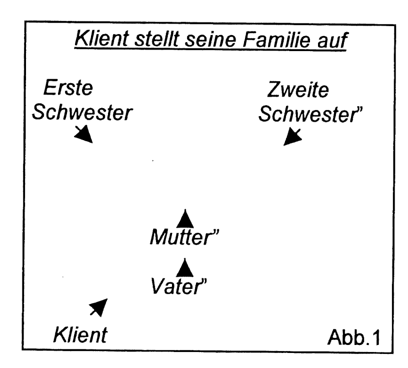


Abb.1

Der Patient stellt di e Familie auf (Abb.1)

Hellinger fragt die Stellvertreter nach ihrem Befinden. Der *Vater* fühlt sich bedrückt; der *Mutter* geht es nicht gut, sie fühlt sich verlassen; die *Erste Schwester* fühlt sich einsam und allein; der *Klient* fühlt sich «irgendwie besinnlich; die *Zweite Schwester* fühlt sich nicht gut, es fehle ihr die Kraft.

Hellinger stellt eine Frau rechts neben die *Mutter.* Es sei dies ihre Zwillingsschwester. «Was ist verändert?» – Der *Mutter* geht es wesentlich besser. «Das tut mir gut.» – Hellinger: «Was ist beim Mann verändert?» – *Vater*: «Ich bin traurig.»; die *Zwillingsschwester der Mutter* fühlt sich «gut und fest hier.» – Hellinger: «Ja, Zwillinge kann man nicht trennen. Die gehören einfach zusammen. Wenn die Frau ein Zwilling ist, muss der Mann sie mit dem Zwilling heiraten.»

Hellinger stellt den *Vater* links neben die *Mutter*. «Was ist jetzt?» – Die *Erste Schwester* fühlt sich noch schlechter.

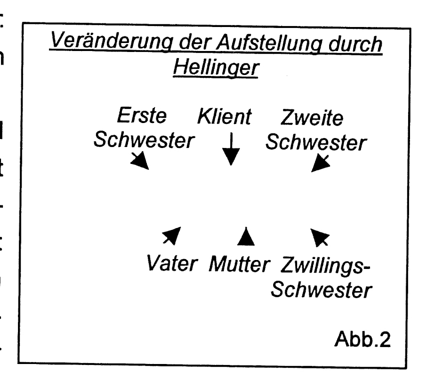


Abb.2

Hellinger stellt die Kinder gegenüber den Eltern und der Zwillingsschwester auf. (Abb.2). – *Klient:* «Das hat mich jetzt gerettet. Dahinten ging es mir nicht gut.» – Hellinger (zum Publikum): «Wen ahmt er nach? Mit wem ist er identifiziert?» Ein Teilnehmer: «Mit dem Großvater.» – Hellinger*:* «Ja, genau, mit dem Großvater, der in Gefangenschaft an Ruhr gestorben ist. Er nahm dessen Position ein.»

Hellinger stellt links im Bild einen Mann auf: «Das ist der Großvater, der im Krieg geblieben ist. – Hat sich was verändert? Steht er richtig?» – *Mutter* nimmt diesen und stellt ihn links hinter den *Vater* und sagt dazu: «Ich hätte ihn gern da!» – *Klient:*«Ich muss jetzt dahin gucken.»

Hellinger: stellt den *Großvater* direkt hinter den *Vater*. «Wie ist es so? – Das ist eine gute Achse! – Noch jemand, der sich verändern möchte?» *Großvater* rückt noch näher an den *Vater.* – Hellinger*:* «Es ist jetzt sehr gut zu sehen, wie die einzelnen sich sammeln, wie sie fühlen. Das ist ein markanter Unterschied zur ersten Konstellation. Das ist jetzt viel genauer als vorher. Man sieht den Ernst und die Sammlung an den Gesichtern. (zum Klienten:) Wollen Sie sich einmal an Ihren Platz stellen.» Der Stellvertreter des Klienten verlässt die Konstellation und der Klient stellt sich an «seinen» Platz (Abb.3a).Er beginnt heftig zu weinen. Nach einer Weile geht die Stellvertreterin der Mutter auf ihn zu, um ihn zu trösten. Hellinger stoppt sie. Er führt dann den Klienten an einen Platz vor dem *Vater* und dem *Großvater* (Abb.3b): «Schau sie ruhig und offen an, mit offenen Augen!» Nach einer Weile umarmen sich *Vater* und Klient. Hellinger*:* «Tief atmen! Genau!

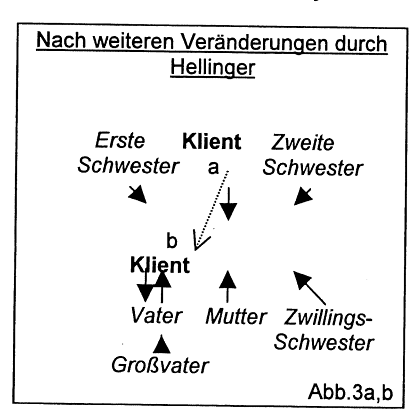


Abb.3a,b

Das ist es! – – Tief atmen, mit offenem Mund, dann gelingt das Nehmen besser! – Mund auflassen, warten, bis es gut ist.»

Hellinger lehnt ihn mit dem Rücken an den Vater. Und der Vater lehnt sich an den Großvater. «Nun schau geradeaus! Atmen!» – Klient beginnt zu lächeln. Hellinger: «Genau, die guten Gefühle kommen lassen. Das gibt Kraft. – Tief atmen, mit offenem Mund! Augen auflassen und klar nach vorne schauen! – Jetzt geh zurück an deinen Platz!» [zwischen die Schwestern]

Nach einer Weile führt Hellinger den Klienten noch einmal auf den Platz vor den *Vater* und den *Großvater* «Sag zum Vater: Du bist tot, ich bleibe noch ein bisschen. Dann sterbe ich auch.» (Lässt ihn das mehrmals wiederholen). «Sag es auch zum Großvater!» – Klient tut es. – Hellinger: «Hinschauen! Hinschauen ist besser! Klar hinschauen! Genau, dein Vater und dein Großvater schauen auf ihren Sohn und Enkel, der noch lebt, und der sagt: Ich bleibe noch.» – Klient wiederholt: «Ich bleibe noch.». – Hellinger: «Ein bisschen.» – Klient wiederholt auch das.– Hellinger: «Gut so! Das war's dann!».

Der Klient nimmt Bert Hellingers Hände, dankt ihm bewegt. Hellinger: «Ich habe es gerne für deinen Vater und deinen Großvater getan.»

(Nach einer Pause)

Hellinger: «Ich komme noch einmal auf die Konstellation zurück. Warum ist der in der Klinik, ich weiß ja gar nicht, was der hat?» – Ein Arzt:: «Wegen Spielsucht.» – Hellinger: «Sag ihm, wenn er wieder spielt, soll er sagen: ‹Lieber verspiele ich mein Geld, als mein Leben.› Das ist die Dynamik. Es war klar, daß das ein Todeskandidat war.» – Ein Teilnehmer: «Der läuft auch immer in schwarzer Kleidung herum.» – Hellinger: «Dafür sprechen auch die Unfälle. Das ist die Nachahmung und die Identifizierung mit dem Großvater.» – Ein Teilnehmer:«Er fühlt sich auch der Gruppe der Grufties zugehörig.» – Hellinger: «Genau, was immer das bei dem bedeutet, der Name sagt es schon.» – Ein Teilnehmer: «Da fällt mir auch noch etwas ein...». – Hellinger (unterbrechend): «Nein, jede weitere Beschreibung bringt den therapeutischen Prozess bei ihm und den Therapeuten zum Stillstand. Ich lasse es einmal hier.»

3.2 Zweites Beispiel einer Familienaufstellung durch Hellinger

Das zweite Beispiel entnehme ich einem Protokoll «aus einem Kurs für Kranke und Ärzte während einer internationalen Fachkonferenz für Medizin und Religion» (Hellinger 1994, S.410-418). Hellinger möchte, dass jetzt ein Teilnehmer, «der wirklich krank ist», seine Familie aufstellt. Es meldet sich ein Teilnehmer, der nach seiner Angabe an Knochenmarks krebs leidet.

Der Patient berichtet auf entsprechende Fragen von Hellinger, er sei seit einem Jahr krank; er sei mit Chemotherapie behandelt worden und habe auch an verschiedenen psychotherapeutischen Gruppen teilgenommen; er sei verheiratet, habe aber ungewollt keine Kinder. Auf die Frage von Hellinger, ob er über etwas besonderes aus der Herkunftsfamilie zu berichten habe, fällt dem Patient «als Einziges ein», daß sein Vater zu seinen Brüdern ein sehr schlechtes Verhältnis habe. Sie seien zusammen in einer Firma gewesen, hätten sich

aber getrennt und nie mehr Kontakt zueinander aufgenommen. – Hellinger fragt, was mit dem Großvater väterlicherseits gewesen sei. Der Patient antwortet, er habe diesen nie kennen gelernt, auch sein Vater habe kaum etwas über ihn erzählt, es sei dies «sehr dunkel» für den Patienten. – Hellinger:« Das ist doch merkwürdig, daß dein Vater da nichts erzählt. – War jemand von deinen Eltern vorher verheiratet oder in fester Bindung?» Der Patient weiß nichts davon. Er verneint, dass ein Kind gestorben oder tot geboren worden ist. Hellinger ersucht den Patienten, seine Herkunftsfamilie aufzustellen. Der Patient hat noch eine jüngere Schwester (Abb.4).

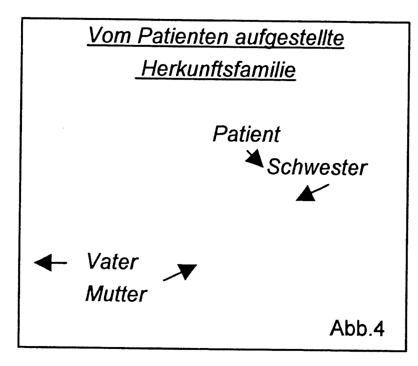


Abb.4

Hellinger fragt die Stellvertreter, wie es ihnen gehe. – *Vater*: «Man sagt, daß ich auf der Welt bin.» Lachen in der Gruppe. «Also sehr unverbindlich, sehr ... » (seufzt). – Hellinger (zur Gruppe): «Der muss gehen. Seht ihr das? Der muss gehen. Frage ist: Wem muss er nachfolgen?» – *Mutter*: «Ich bin ganz entzückt, was für reizende Kinder ich habe, nur bin ich da ein bisschen weit weg. Mein Mann kann da bleiben, aber er kann auch gehen.» – Hellinger: «Keine Liebe, merkt ihr das? Überhaupt keine Liebe. Wenn so etwas ist, vermute ich eher, daß die Mutter gehen muss und daß der Mann es für sie tut. Das ist sehr häufig: Eigentlich müsste die Frau gehen, und der Mann macht es für sie. Das nennt man Liebe oder so. Ja? Seht ihr ihren Gesichtsausdruck? Sie ist absolut böse. Sie triumphiert, wenn er geht. Sie kann das nicht verbergen. – Ihre Stellvertreterin ist natürlich eine gute Frau und hat damit nichts zu tun. Aber sie repräsentiert hier jemanden, der böse ist. In so einer Aufstellung kann sie das nicht steuern, wenn sie sich auf das Geschehen einlässt.» – *Vater*: «Und wie kommt es, daß ich hier nichts fühle?»

Hellinger (nicht auf diese Frage eingehend): «Wir drehen euch um, dich [*Vater*] hin zur Familie und die Frau [*Mutter*] weg von der Familie, und schauen dann, wie das ist.» (Abb.5) – *Vater* zur *Mutter* «Drehen wir uns wieder um!» [das heißt: der *Vater* wieder weggewandt von der Familie, die *Mutter* zugewandt]. – Hellinger: «Bleib ernst, sonst können wir es für ihn nicht richtig machen! – Was ist jetzt bei den Kindern?» – *Patient*: «Protest, wenn er sich wieder umdreht.» – Hellinger: «Genau. – Wie geht es der Tochter?» – *Schwester*: «Also ich hatte am Anfang das Gefühl, mit meinem Bruder das eigentliche Ehepaar zu sein.» – Hellinger fragt die *Mutter*, wie es hier jetzt gehe, ob besser oder schlechter. – *Mutter*: «Ich möchte noch nicht weggeschickt werden. Ich möchte noch mit meinen Kindern zusammen sein und mich umdrehen.» – Hellinger: «Wo hast du gerade hingeschaut? – *Mutter*: «In die Richtung des Mannes.» – Hellinger: «Nein, nein! Wer war das vor dir? Wer ist da? Auf was schaust du?» – *Mutter*: «Auf mein eigenes Leben, meine eigene Geschichte.» – Hellinger: «Das ist Blabla! (zum wirklichen Patienten) Auf wen schaut die Mutter, wenn sie weg will? Wem folgt sie nach?». –

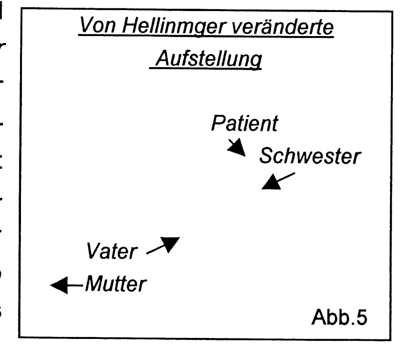


Abb.5

Von Hellinger veränderte Aufstellung

Patient
Schwester
Vater
Mutter

Abb.6

Patient: «Ihre Schwester ist vor drei Jahren gestorben, aber... » – Hellinger*:* «Nein, das ist zu wenig». – Patient: «Ihre Mutter ist vor ein paar Jahren gestorben.» – Hellinger*:* «Nein. Es muss was Schwerwiegendes sein.»

Hellinger stellt die Mutter weit weg von der Familie (Abb.6). Zur *Mutter*: «Wie ist es da für dich? Besser oder schlechter?» – *Mutter*: «Besser». – Hellinger*:* «Genau! Das ist jetzt die Wahrheit. – Wie geht es dem Mann jetzt?" – *Vater*: «Als ich mich zur Familie hingedreht habe, habe ich auf einmal viel an Gewicht und Leid gespürt.»

Hellinger*:* «Stelle dich mal den Kindern gegenüber, und die Kinder stellen sich dem Vater gegenüber. – (zum konkreten Patienten) Stelle dich jetz selber in das Bild und auf deinen Platz.» Der Patient nimmt jetzt den Platz seines Stellvertreters ein. Dieser verlässt die Konstellation (Abb.7a) – Hellinger: «Wie ist das für dich?» – Patient: «Ungewohnt. Sehr ungewohnt.» –Hellinger*:* «Stelle dich links neben den Vater, und schaue ihn an – mit Liebe. Dreh den Kopf und schaue ihn an. Abb.7b). Wie hast du den Vater angesprochen?» – Patient: «Papi». – Hellinger*:* «Sag: ‹Lieber Papi!›» – Patient: «Lieber Papi!» – Hellinger: «Bitte bleibe!»– Patient: «Bitte bleibe!» – Hellinger: «Und segne mich, wenn ich mit dir bleibe.» – Patient: «Segne mich, wenn ich mit dir bleibe.»

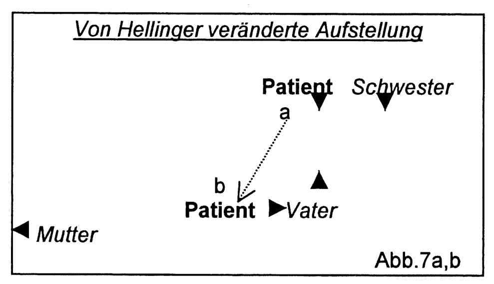


Abb.7a,b

(lange Pause)

Hellinger*:* «Was wäre der richtige Satz?» – Patient: «Dass ich wütend bin» – Hellinger: «Sage ihm: ‹Ich mach's für dich.›» – Patient: «Ich mach's für dich.» – Hellinger: « Laut!». – Patient (wütend): «Ich mach's für dich!»– Hellinger: «Lauter!» – Patient: «Ich mach's für dich.»

(lange Pause)

Hellinger (zur Gruppe): «Er wird sterben. Er geht nicht raus aus der Verstrickung! – (zum Patienten) Deine Wut ist dir wichtiger. – Was hast du deinem Vater angetan?» – Patient: (trotzig): «Das weiß ich nicht.» – Hellinger: «Hast du ihm was angetan?» – Patient: «Das wüsste ich nicht.» – Hellinger: «Hast du ihn verachtet?» – Patient (mit fester Stimme): «Ja.» – Hellinger: «Das ist es.» – Patient: «Er hat mich ... » – Hellinger*:* «Was der Vater gemacht hat, spielt hier keine Rolle. Was du machst, das entscheidet. – Stelle dich wieder neben die Schwester! – (zur Gruppe) Was jetzt fällig ist, wäre, daß er sich hinkniet und sich vor seinem Vater tief verneigt. Das bringt er nicht fertig. Er stirbt lieber, als daß er das macht. (zum Patienten) Stimmt das?» – Patient: «Nein!» – Hellinger: «Willst du es machen?» – Patient: «Ich will es probieren.» – Hellinger: «Nicht probieren! Willst du es machen?» – Patient (mit fester Stimme)*:* «Ja». – Hellinger: «Gut, dann mache ich das mir dir und helfe dir dazu. – Knie dich hin auf den Boden, verneige dich bis auf die Erde, ganz tief, und strecke die Hände nach

vorne, die Handflächen nach oben. So! Tief atmen! Sag: ‹Lieber Papi!›» – Patient: «Lieber Papi!» – Hellinger: «Ich gebe dir die Ehre.» – Patient: «Ich gebe dir die Ehre.» – Hellinger: «Wiederhole es, ganz ruhig.» – Patient: «Lieber Papi, ich gebe dir die Ehre.» – Hellinger: «Genau. Das ist der Satz. Tief atmen. ‹Lieber Papi!›»“ – Patient: «Lieber Papi!» – Hellinger: «Ich achte dich als meinen Vater» – Patient: «Ich achte dich als meinen Vater.» – Hellinger: «und du darfst mich haben als deinen Sohn.» – Patient: «und du darfst mich haben als deinen Sohn.» – Hellinger: «Ich gebe dir die Ehre.» – Patient: «Ich gebe dir die Ehre.» – Hellinger: «Bleib noch ein bisschen so, ganz ruhig, und tief ein- und ausatmen. Lass ganz locker! So! Dann, wenn du spürst, daß es richtig ist für dich, steh auf und stell dich wieder an deinen Platz.» (lange Pause) – Hellinger: «Tief atmen, mit offenem Mund. Das ist am besten, so daß es ein- und ausfließt: daß du den Vater hereinnimmst und die Liebe zu ihm hinströmt.» (lange Pause) – Hellinger: «Jetzt geh zurück neben deine Schwester, und schau den Vater an. Neige leicht den Kopf, wie mit Respekt; dann richte dich wieder auf. – Wie ist das für den Vater?» – *Vater*: «Noch schwer zu glauben, daß das ankommt, also...» – Hellinger: «Was ist schwer zu glauben, daß ... ? Daß er dich wirklich ehrt?“ – *Vater*: «Ja.» – Hellinger: «Ja, das kann sein. – (zur Gruppe) Hier gibt es kein Mogeln. Merkt ihr das? Hier gibt es kein Mogeln. – Meine Hypothese bei Krebs ist, daß Krebskranke lieber sterben, als daß sie sich vor den Eltern tief verneigen, entweder vor dem Vater oder vor der Mutter. Lieber sterben! Deswegen richten sich viele von ihnen auch so auf. Die gehen so, erhobenen Hauptes, statt daß sie sich verneigen. – (zum Patienten) Jetzt schau noch einmal den Vater an, und sag ihm: ‹Bitte›» – Patient: «Bitte». – Hellinger: «Gib mir noch etwas Zeit.» – Patient: «Gib mir noch etwas Zeit!» – Hellinger: «Bitte». – Patient: «Bitte» – Hellinger: «Gib mir noch etwas Zeit» – Patient: «Gib mir noch etwas Zeit.» – Hellinger «Traue jetzt deiner guten Seele! – (zur Gruppe) Er kann noch nicht hin zum Vater. Er dürfte ihn auch nicht umarmen. Das wäre alles ein Spiel. Das geht nicht. – (zum Patienten) Okay, ich lasse es so. Auch ich vertraue deiner guten Seele. Darf ich das?» – Patient (lächelnd): «Ja» – Hellinger: «Ich darf es nicht. Dein Lächeln sagt, daß ich es nicht darf.» – Patient: «Doch!» – Hellinger: «Pass auf! Ich will nicht mit dir streiten, ich will dir helfen. Daher nehme ich jedes Signal ernst. Sonst spiele ich mit dir, und das wäre schlimm. Bei so einer Krankheit wird nicht mehr gespielt. – Okay, das war's dann.» – Patient: «Danke!».

4. Weitere Ausführungen zum Verfahren der Familienaufstellung durch Hellinger

4.1 Familienaufstellung durch Hellinger als «Wirklichkeitsabbildung»

Die Familienaufstellungen können nach Erachten von Hellinger «nicht diese Wirkung haben», wenn sie nicht «Wirklichkeitsabbildungen» wären. Hellinger kennt nur eine von ihm als beachtenswert geltende therapeutische Wirkung: die unmittelbare Betroffenheit des Klienten während der Aufstellung und den von Hellinger aktiv anberaumten Auseinandersetzungen des Klienten mit den Stellvertretern einzelner Familienmitglieder (Hellinger 2001/2, S.83). Wenn sich bei einer solchen Auseinandersetzung Patient und Stellvertreter gerührt umarmen, gilt dies als Beweis für eine «Wirklichkeitsabbildung», denn die Emotionen sind echt.

Dass es sich nach Hellinger bei der Familienaufstellung um «Wirklichkeit» handelt, ergibt sich auch aus dem, was er über die Beteiligung von Verstorbenen sagt: «In der Familie sind die Verstorbenen offensichtlich genau so gegenwärtig wie die Lebenden ... Dabei kann man sehen, dass die Lebenden und die Toten miteinander verwoben sind und sowohl die Toten auf die Lebenden wirken wie umgekehrt die Lebenden auf die Toten» (Zitat mit unklarer Literaturangabe aus Goldner, 2003, aber inhaltlich in Übereinstimmung mit vielen Äußerungen von Hellinger und seinen Anhängern). Nur deshalb kann Hellinger sagen, vielleicht sei ein Vorfahr des Patienten, der sich umgebracht habe, im Nachhinein [also als Verstorbener] unglücklich geworden, weil sein Suizid Anlass geworden sei, zu einem weiteren Suizid in der Familie. In einem solchen Fall könne er aber durch von Hellinger angeregte Auseinandersetzungen zwischen den Teilnehmern einer aufgestellten Familie «den Frieden finden» (in Weber 1993, S.303).

Von «Wirklichkeit» kann nur in der Annahme gesprochen werden, dass die aktuelle Befindlichkeit der Stellvertreter diejenige der von ihnen Vertretenen widerspiegelt. Hellinger und seine Anhänger sprechen vom «wissenden Feld». Darunter ist «das geheimnisvolle Phänomen in Aufstellungen» gemeint, «dass die Stellvertreter etwas wahrnehmen, was tatsächlich in der Familie eines Wildfremden geschehen ist» (Ulsamer u. Hell, S.38). Eine Frau berichtet dem Leiter einer Familienaufstellung, sie habe mit sieben Jahren ihre Mutter suizdal erhängt entdeckt. «Ich bitte sie, aus der Gruppe eine Stellvertreterin für sie auszuwählen.» Nach einigen Minuten bekommt diese «Atemprobleme, ihr Kopf verrenkt sich ganz seltsam, ihre Arme werden spastisch, sie röchelt und. bricht schließlich zusammen» (Nelles 2005, S.41). Dies wird gedeutet als Widerspiegelung der Befindlichkeit der Mutter durch die Strellvertreterin. Auch ohne ein solches krasses Beispiel erleben sich die Stellvertreter tatsächlich sehr oft in das Familiendrama einbezogen.

Auch wenn wir von der Theorie eines «wissenden Feldes absehen, ist die Frage berechtigt, *welche* Wirklichkeit bei der Familienaufstellung abgebildet wird. Es handelt sich dabei, um die Wirklichkeit, wie sie vom Patienten erinnert wird wie sie also seinem «momentanen Bewusstseinszustand erscheint.» «Die Beziehung, die ich in der jeweiligen Gegenwart zur Vergangenheit herstelle, bestimmt die Bedeutung der Vergangenheit» (Schmidt in Weber, Schmidt, Simon 2005, S.94; S.103). Auch von und über die Verstorbenen weiß Hellinger alles nur über die Patienten, häufig zudem diesem übermittelt durch Angehörige. Es handelt sich also um *Vorstellung* von den Toten, obgleich diese nach Hellinger mit-anwesend sind. Es ist nach Schmidt und meines Erachtens die *gegenwärtige* Stimmung des Patienten mit seinen *gegenwärtigen* Problemen, welche diese Wirklichkeit bestimmen.

4.2 Nach welchen Ereignissen in der Vergangenheit des Patienten, die gegenwärtiges Erleben und Verhalten mit-bestimmen, sucht Hellinger?

Mit anderen Worten: Was sind seine theoretischen Vorstellungen über die Entstehung gestörten Erlebens und Verhaltens? Der eine Psychotherapeut sucht nach sozial belastenden Prägungen in der frühen Kindheit, ein anderer nach in der frühen Kindheit fixierten Selbst- und Weltbildern, wieder ein anderer nach durch sozialisierende Einflüssen ver-

drängten Triebimpulsen und vierter vielleicht nach gegenwärtigen störenden Verhaltensweisen, die als erlernt aufgefasst werden können – usw. – Alternativen, die sich nicht unbedingt gegenseitig ausschließen!

Dem Verfahren der Familienaufstellung nach Hellinger liegen ebenfalls ganz bestimmte theoretische Vorstellungen zugrunde, aus denen sich ergibt, nach was Hellinger als familienaufstellender Therapeut sucht.

4.2.1 «Unterbrochene Hinwendung zu den Eltern»

Es gibt nach Hellinger «eine Urliebe zur Mutter und zum Vater» (Hellinger 1994, S.501). «Wenn ein kleines Kind nicht zur Mutter oder zum Vater konnte, obwohl es sie dringend brauchte und sich nach ihnen sehnte, zum Beispiel bei einem längeren Krankenhausaufenthalt, schlägt seine Sehnsucht um in Trauer, Verzweiflung und Wut. Danach zieht sich ein Kind von den Eltern zurück und später auch von mitmenschlicher Nähe überhaupt, obwohl es sich darnach sehnt. Diese Folgen einer früh unterbrochenen Hinbewegung werden überwunden, wenn die ursprüngliche Hinbewegung wieder aufgenommen und ans Ziel gebracht wird». (Hellinger 2003/2, S.7) Diese «Vollendung der Hinbewegung» geschieht bei Hellinger dadurch, dass der Patient seiner Sehnsucht nach dem Elternteil in Worten, die ihm Hellinger vorsagt, Ausdruck geben soll, wodurch eine vorübergehende Regression in die frühe Kindheit gefördert wird. Danach wird der Klient ermutigt, sich Hellinger, der sich ganz unverhohlen als Mutter oder Vater anbietet, oder sich bei einer aufgestellten Familie dem Vertreter des betreffenden Elternteiles zuzuneigen und ihn zu umarmen (z.B. Hellinger 1994, S.70ff; S.120 ff; S.122ff; 2003/3, S.7).

Nach den Beispielen aus der Praxis von Hellinger bietet sich der Helfer ganz klar zu dem an, was für jeden Psychotherapeuten verständlich als Übertragung einer Elternperson bezeichnet wird, und lässt sich als solche umarmen. Hellinger meint allerdings dazu: «Doch im Unterschied zur Kind-Eltern-Übertragung vertreten hier die Helfer [oder Elternvertreter] die wirklichen Eltern und setzen sich nicht als bessere Mutter oder besserer Vater an deren Stelle. ... Eltern Übertragung schon im Ansatz vereiteln» (Hellinger 2003/2). Was in der Psychotherapie «Übertragung» genannt wird, ist aber genau das, was er provoziert. Bei einer «Übertragung» geht es nicht um «bessere Eltern».

Die für das Kind notwendige Hinwendung zu den Eltern ist nach der Bindungstheorie von John Bowlby das elementare Bedürfnis eines jedes Säugetiers und so auch des Menschen, sich von Geburt an, von einer Sicherheit und Schutz bietenden Mutter betreut zu wissen (Endres u. Hauser 2000). Wie Hellinger therapeutisch vorgeht, entspricht einer «korrigierenden emotionalen Erfahrung» (⇗Transaktionale Analyse, 14.6).

4.2.2 Unbewusste «Bindungen» an das Schicksal von Vorfahren, von Geschwistern von Vorfahren oder von eigenen Geschwistern

Nach Hellinger «sind weit über fünfzig Prozent aller Probleme, die in der Psychotherapie gebracht werden, keine eigenen Probleme in dem Sinn, dass sie auf eigenes Erleben zurückgehen, sondern es ist die Wiederholung eines fremden Schicksals» (in Weber 1993, S.235).

(1.) Ein Vater ist «immer wieder traurig». Der Sohn oder die Tochter «teilt» die Trauer «und nimmt sie mit in das eigene Leben» (Ulsamer u. Hell 2003, S.21, in Übereinstimmung mit Aussagen Hellingers andernorts). Hier besteht die sogenannte «Bindung» in der «Teilnahme an der traurigen Verstimmung einer Elternperson». – (2.) Eine Ehefrau reagiert immer wieder «unangemessen aggressiv» auf ihren Mann. Hellinger stellt ihr die Frage: «Welche Frau in deinem System war mit Recht wütend auf ihren Mann?» und bekommt nach einer Denkpause die Antwort: «Meine Großmutter wäre mit Recht wütend gewesen. Ihr Mann misshandelte und demütigte sie immer wieder. Einmal zog er sie sogar vor allen anderen Gästen an den Haaren durch die Wirtsstube. Aber sie ist nie richtig wütend geworden» (Hellinger in Ulsamer u. Hell 2003, S.20f). Hier besteht die «Bindung» in der Übernahme eines den Umständen nach einzufühlenden, aber nicht bewusst gelebten Gefühls bei einem Vorfahren". – (3.) Ein älterer Bruder hat den jüngeren aus dem Schnee gerettet. Der ältere Bruder kommt um und der jüngere hat dann das Gefühl, er könne und dürfe nicht mehr leben. Hier besteht die „Bindung" in der Solidarität mit dem Schicksal eines Geschwisters. Hellinger: «Das hat nur damit zu tun; dass der eine umgekommen ist. Da ist der Satz wichtig: ‹Du bist tot. Ich lebe noch ein bisschen, dann sterbe ich auch.› Und da wäre noch möglich, dass er sagt: ‹Ich verneige mich vor deinem Schicksal, und du bleibst immer mein Bruder› » (Hellinger in Weber S.30). – (4.) Ein Nachkomme kann nach Hellinger so sehr an den Eltern hängen, dass es ihnen, wenn sie gestorben sind, nachfolgen möchte. Hier besteht die «Bindung» in einer mangelnden Eigenständigkeit von einem Kind gegenüber seinen Eltern, die so weit geht, dass das Kind das Schicksal der Eltern unmittelbar teilen will. Es bleibt nach dem Wortlaut unklar, ob Hellinger in diesem Fall ein konkretes Kind oder ganz allgemein einen Nachkommen, also auch einen Erwachsenen, wie ich dies bei einem suizidalen Klienten erlebt habe. Das «Kind» kann nach Hellinger in einem solchen Fall zur Erkenntnis gebracht werden, dass die Elternperson «in ihm weiterlebt». Der Vater ist damit immer noch «zugehörig». Das Kind könne den Stellvertreter des Vaters bitten: «Sei freundlich, wenn ich noch bleibe!» (Hellinger 1995, S.7f). Der Wortlaut diese Bitte zeigt, dass ein solches «Kind» sich nach Hellinger vorstellt, der verstorbene Elternteil sei ungehalten («unfreundlich»), dass es noch weiterlebt! – (5.) Ein Priester fühlt sich unwohl in seinem Stand. Es stellt sich heraus, dass er einen Onkel vertritt, der seinerzeit zum Priesterberuf ausersehen gewesen, aber im Krieg gefallen ist (Hellinger in Weber 1993, S.161-172). Hier besteht die sogenannte Bindung in einer Identifikation, wobei ein Neffe einen Beruf ergriffen hat, der für den Onkel vorgesehen gewesen ist. – (6.) Eine Frau stirbt an der Geburt eines Kindes, das lebt. Es wird nach Hellinger den Druck der Schuld nie los. «Oft bringen sich noch Enkel und Urenkel wegen des Todes einer solchen Frau um oder verzichten auf Partnerschaft und Kinder, indem sie zum Beispiel Priester werden.» Hier besteht die «Bindung» in einer Schuld mit dem Bedürfnis nach Sühnung. «Die Lösung ist, dass in dem System diese Frau einen geachteten Platz bekommt ... Wenn du schon dein Leben bei meiner Geburt verloren hast, dann soll es nicht umsonst gewesen sein. .. Ich nehme das Leben zu dem Preis, den es dich gekostet hat und den es mich kostet, und mache etwas daraus, dir zum Andenken» (Hellinger in Weber 1993, S.30f). – (7.) Eine junge Frau leidet unter einem Waschzwang. Sie wird gefragt: «Wel-

che Frau in Ihrem System muss sich waschen?» Sie erinnert sich darauf nach kurzem Besinnen: «Eine Schwester des Vaters hatte sich, um die Familie über Wasser zu halten, in der Nachkriegszeit mit amerikanischen Soldaten eingelassen. Sie bekam Syphilis, wurde dann in der Familie abgewertet und starb allein» (in Weber 1993, S.147). Hier besteht die sogenannte Bindung in der Identifikation mit einem Familienmitglied, das aus dem Familienverband ausgeschlossen worden ist.

Eine derartige Solidarisierung mit einem ausgeschlossenen Familienmitglied nimmt bei Hellinger einen ganz besonderen Stellenwert ein. Manchmal handelt es sich um Vorfahren oder Geschwister von solchen, über die bei den «Nachkommen» nicht mehr gesprochen wird und über die ein Kind später ganz zufällig etwas vernimmt. Nach Hellinger solidarisiert es sich dann fast sicher mit dem oder der Betreffenden. Hellinger: «Wenn man durch das Familienstellen erkennt, wer ausgeschlossen ist, und den Betreffenden durch eine symbolische Handlung wieder hereinnimmt, dann kommt das System zur Ruhe. Das hat dann heilende Wirkung» (zitiert nach Goldner in Goldner 2004, S.212). Vermutungen zu solchen Zusammenhängen bilden sich bei Hellinger bereits beim Anhören der kurzen Familiengeschichte. Aus solchen Vermutungen ergeben sich seine Fragen dazu. Wegen dieser Vorstellungen warnt Hellinger z.B. davor, einen Vorfahren, der Nationalsozialist war, in der Familie als abschreckendes Beispiel zu diffamieren oder totzuschweigen. Denn es ist nach Hellinger nicht nur *denkbar*, dass ein Nachkomme aus «verborgener Loyalität» sich mit ihm verbündet erleben könnte; sondern nach ihm «*muss* [!] jemand später den Ausgeschlossenen vertreten» (zitiert nach Glunk in Goldner 2003, S.245). Wenn Hellinger die Geschichtsschreibung als «eine Art Fortpflanzung des Bösen» umschreibt, liegt dieser Auffassung diese Beobachtung und Überzeugung zugrunde.

Auch früh Verstorbene müssen eingeschlossen werden.

Nach Hellinger kann aber auch jemand seine Zugehörigkeit zum System verspielen, so wenn er ein Familienmitglied umbringt oder lebensgefährlich verletzt oder ein dreijähriges Kind vergewaltigt. «Diese Person hat ihr Recht verspielt. Dann wird auch kein Versuch mehr gemacht, sie wieder zu integrieren» (in Weber 1993, S.93). Hellinger zieht bei diesen Aussagen nicht in Betracht, dass sich ein Nachkomme genau so gut, mit einem derart «mit Recht ausgeschlossenen» Vorfahren unbewusst solidarisieren kann, sogar ohne zu wissen, was dieser tabuisierte Vorfahr angestellt hat, einfach weil von ihm, weil er unter einem Tabu steht, nicht gesprochen wird!

Die Bindungen, die Hellinger zwischen Klient und Vorfahren beschreibt und bei allen seinen Klienten als Erstes vermutet, können zu den «unsichtbaren Bindungen» in Beziehung gesetzt werden, welche die Familientherapeuten Ivan Boszormenyi-Nagy und Geraldine Spark in ihrem Buch *Invisible Loyalities* beschreiben (1973). Dieses Buch will auf einen Aspekt hinweisen, der in der systemischen Familientherapie bedeutsam sei. Es geht den Autoren um das gegenseitige Geben und Bekommen zwischen Ehepartnern und zwischen Eltern und Kindern. Mangel an Geben, z.B. von Eltern zu Kindern (wie Liebe oder Verständnis) führe zu Schuldgefühlen, die nach den Autoren berechtigt sind, denn der Mangel an Bekommen bei den Kindern führe bei diesen zu Frustrationsgefühlen. Es gelte aber zwischen

Eltern und Kindern auch das Umgekehrte: Das Kind habe den Eltern, was es von ihnen bekommt, zurückzuerstatten. Werde ihm das nicht ermöglicht, z.B. bei einer Elternperson, die sich für ihr Kind «aufopfert», kann das Kind aus lauter unabtragbarer Dankverpflichtung in Verzweiflung geraten. Durch Verdrängung und Abwehr werden solche Gefühle aus der Herkunftsfamilie in die eigene Familie übernommen, woraus sich verhängnisvolle Beziehungsstörungen ergeben, die sich dann auch in die Enkelfamilie «fortpflanzen» können. Solche unbewusste Schuld- und Frustrationsgefühle binden an die Herkunftsfamilie und verhindern damit eine selbstverantwortliche Eigenständigkeit, was die Autoren als «negative Loyalitä» bezeichnen, während ein ausgeglichene Gegenseitigkeit als eine «positive Loyalität» sei.

Hellinger erweitert diese «unsichtbaren Bindungen» auf die Bindung an «ausgeschlossene Vorfahren». Bei Hellinger ist auch oft vom «Geben und Nehmen» zwischen Kindern und Eltern die Rede (in Weber 1993 S.18ff). Dieses Buch, bemerkt Hellinger, habe ihm «eine Richtung gewiesen»; er habe es aber bald zur Seite gelegt (1994, S.511). Was Hellinger mit der Kritik an Boszormenyi-Nagy und Spark meint, diese hätten nur den «triebhaften Ausgleich» beschrieben, «der schlimme Wirkungen» habe, verstehe ich nicht.

4.2.3 Einhaltung der Rangordnung in der Familie

Zu den «Ordnungen», die Hellinger bei seinen Familienaufstellungen schließlich verwirklicht sehen möchte, kommt derjenigen Elternperson, die für die Sicherheit verantwortlich sei, der erste Rang zu und das sei in der Regel der Mann (1994, S.184). Was das heißt «für die Sicherheit verantwortlich», sagt Hellinger nicht. Andernorts stellt er fest: «Die Frau muss dem Mann folgen» und «Der Mann muss dem Weiblichen dienen» (1994, S.521). Der Erstgeborene hat nach Hellinger wie im alten Testament den Vorrang vor den Nachgeborenen (1994, S.44). Bei einer «ordentlichen» Aufstellung stehe der Höherrangige immer rechts vom Tieferrangigen (1994, S.111). Hellinger spricht von einer «guten Tischordnung», wenn die Kinder den Eltern gegenüber sitzen, aber auch dann in der Reihenfolge ihrer Geburt. Es sei dies «eine Tischordnung, die Frieden stifte» (1994, S.44f, 111,184). Die Paarbeziehung habe Vorrang vor dem Elternsein (1994, S.44). Der erste Ehepartner habe den Vorrang vor dem zweiten, aber die Gegenwartsfamilie vor der Herkunftsfamilie.

Die «Ordnungen», von denen Hellinger spricht, sind nach ihm mit dem Menschsein an sich gegeben und deshalb «unausweichlich», «archetypischer Natur», wie C. G. Jung sagen würde und damit «Wahrheiten des Blutes», wie Jung auch sagt (⇗Analytische Psychologie, Archetypus).

4.2.4 «Ehre Vater und Mutter»

Dass Vater und Mutter Ehre gebührt, ist bei Hellinger ein Axiom in der eigentlichen Bedeutung dieses Wortes, d.h. eine Forderung, die keines Beweises bedarf, eine bedingungslose Forderung, also unabhängig, wie die Eltern sind, d.h. «mit all ihren Begrenzungen, Mängeln und Fehlern» (Ulsamer u. Hell, 2003, S.42). Die Eltern haben nach Hellingers Formulierung dem Kind «das Leben gegeben» und es hat «das Leben von ihnen genommen». Das ist für ihn der Grund, weshalb sie verehrt und geehrt werden müssen, was sie dem Kind möglicherweise auch angetan haben. «Unsere Eltern [sind] die einzig richtigen und für uns besten» (Hellinger 2001/2, S.79). Kaum eine Familienaufstellung, in welcher Hellinger nicht

einen Klienten dazu anleitet oder ihm befiehlt, sich vor einem Vertreter einer Elternperson tief und demutsvoll zu verneigen. – Eine besonders schwere «Verletzung der Ordnung», wenn Kinder hassen.

Ausführungen von Hellinger zur Haltung gegenüber den Eltern erinnern an eine alttestamentarische Auffassung, wie ich sie bei einem orthodox gläubigen jüdischen Patienten erlebt habe, der unter der Wirkung von Misshandlungen von Seiten seines Vaters aufgewachsen war, was eine prägende Wirkung auf sein gegenwärtig gestörtes Erleben und Verhalten hatte, wegen dessen er mich aufsuchte. Er weigerte sich, die Wirkung des Verhaltens seines Vaters auf sein gegenwärtiges Leiden einzusehen, da damit Vorwürfe an seinen Vater verbunden wären.

Hellinger hat, wie er bekennt, keine Erfahrungen mit der traditionellen systemischen Familientherapie, bei der ein Therapeut mit den konkreten Familienmitgliedern arbeitet. Er erklärt sich «instinktiv dagegen», denn dabei «verlieren die Kinder die Achtung vor den Eltern, und das ist ein ganz hoher Preis» (in Weber 1993, S.245). Kein Zweifel, dass das auch mit meinem orthodox jüdischen Patienten nicht in Frage gekommen wäre. Wie Hellinger beim Umgang mit Stellvertretern von Eltern zeigt, gilt das nicht bei seinen Familienaufstellungen, obgleich sich nach ihm bei diesen die Wirklichkeit abbilden soll. Dabei scheut er sich auch nicht, Eltern schwerstens moralisch abzuwerten wie die Mutter im zweiten der von mir angeführten Beispiele.

4.2.5 Das Familienstellen steht im Dienste der Versöhnung

«Was sich vorher entgegenstand, findet zusammen; das, was sich ausschloss, erkennt sich gegenseitig an; das, was sich vorher bekämpfte, verletzte, bekriegte und sich vielleicht sogar vernichten wollte, betrauert gemeinsam die Opfer beider Seiten und das Leid, das sie einander zugefügt haben» (Hellinger 2003/1). Jede Moralisierung – hier Böses, da Gutes; hier Opfer, da Täter – steht nach Hellinger einer Versöhnung entgegen. Es heißt dies nach Hellinger ausdrücklich *nicht*, dass die Schuld, die jemand auf sich geladen hat, ausgewischt wird; Schuld steht einer Versöhnung mit denjenigen Familiemitgliedern, die Böses getan haben, nicht entgegen. Was die Boszormenyi-Nagy u. Spark zum «Ausgleich durch Konfrontation» sagen, erinnert an die Auffassung von Hellinger, die Hilfe des Therapeuten stehe «im Dienste der Versöhnung» (2003/2):

«Es muß davon abgeraten werden, der Abwertung der Position eines Elternteils in der Familie Vorschub zu leisten. Ferner ist es einleuchtend, daß, wo Beschämung eines Elternteils oder Haß auf diesen das Resultat ist, keiner gewinnt. Immerhin ist es in höchstem Maße wünschenswert, daß man fähig ist, diese Gefühle in sich selbst zu erkennen und sich ihnen zu stellen. ... Die Konfrontation mit den zwischen den Generationen herrschenden Gefühlen sollte niemals zu einer Verurteilung der Eltern als Endpunkt des therapeutischen Bemühens führen. ... Die Konfrontation ist nur dann wertvoll, wenn sie schließlich zu einer Verbesserung der Beziehung zwischen dem Erwachsenen und seinem Vater oder seiner Mutter führt» (Boszormenyi-Nagy u. Spark, 1973, S.406f).

4.3 Das „unbeirrbare" Vorgehen von Hellinger bei seinen Familienaufstellungen

Hellinger ist ein strenger Regisseur beim Rollenspiel der Stellvertreter und der Auseinandersetzung des Klienten mit ihnen. Er sagt meistens, wohin sie sich stellen und insbesondere den Klienten, was sie sagen sollen. Das psychotherapeutische Vorgehen von Hellinger ist nicht dialogisch, denn für Hellinger schließt eine auf das «System Familie» eingestellte Haltung eine persönliche Beziehung zum Klienten aus (Hellinger 2003/3). Für Hellinger sind die Klienten nicht «ebenbürtig». Damit stellt sich aber die Frage, wieso nicht ganz alle, aber die meisten Klienten sich das gefallen lassen. Der sonderpädagogische Psychologe Jörg Schlee spricht von «sinnstiftender Bedeutungskonstruktionen» (in: Goldner 2003, S.23-38). Was er darunter versteht, kann allgemeinverständlicher als «sinnstiftende Suggestionen» bezeichnet werden. Wir müssen uns klar sein, dass der Sinn eines Leidens für einen Betroffenen etwas völlig anderes ist als die rational erschließbare Bedingung oder die Bedingungen zur Entstehung seines Leidens. Ich frage mich, ob die unmittelbar der Familienaufstellung folgende «erleichternde Einsicht» für viele Klienten eben gerade darin besteht, dass Hellinger ihnen einen Sinn ihres Leidens nahebringt. Nehmen wir an, ein Geschäftsmann breche bei einem Autounfall, zu dem er in keiner Hinsicht durch sein Verhalten beigetragen hat, ein Bein. Während des Aufenthaltes im Spital dann findet er den «Sinn» darin, dass er endlich dem hektischen Betrieb in seinem Geschäft entrinnen und zur Besinnung kommen kann. Ähnliches gilt bei einer Krebserkrankung, bei der, wie ich immer wieder erfahre, bei unreligiösen Menschen die, wie wörtlich gesagt wird, Sinnlosigkeit des Leidens besonders schwer zu tragen ist. Natürlich bleibt es Hellinger oder seinen Klienten unbenommen, anzunehmen, eine «waltende Macht», der das Seelenheil des Verunfallten nicht gleichgültig ist, habe auf irrationale Weise sein Schicksal so gestaltet hat, dass sich dieser «subjektive Sinn» verwirklichen konnte. Auch das würde aber nichts daran ändern, dass eine rational zu erfassende «objektive Ursache» etwas ganz anderes ist als ein «subjektiver Sinn».

Hellinger selbst ist sich der suggestiven Wirkung seiner Unbeirrbarkeit bewusst. Daraus «kommt die volle Kraft. Wenn wir sagen, es sieht so aus, als ob – dann hat das keine Kraft» (2001/2, S.26). Damit formuliert Hellinger einen in der Praxis eines Hypnotiseurs entscheidenden Grundsatz! «Kraft» heißt hier «suggestive Wirkung». Wenn ich als dialogisch vorgehender Psychotherapeut sage: «Es sieht so aus, als ob ... » versichere ich mich der Mitarbeit des Klienten. Es ist nun an ihm zu sagen, was er dazu meint. Gleichzeitig mache ich mit dieser Formulierung den Klienten aufmerksam, dass er mich nicht als jemanden betrachten darf, der sich «unbeirrbar» wähnt. Zur suggestiven Formulierung von Hellinger passt auch, dass er sich nicht darum kümmert, wie es den Klienten später geht: «Wenn ich aber neugierig werde und nachforschen will, traue ich diesen Kräften nicht mehr, und das wirkt sich schlimm aus, sowohl für mich als auch für den Klienten, weil sie mich und ihn dann verlassen» (Hellinger 1994, S.520). Tatsächlich: Wenn ich (L.S.) einen funktionell gelähmten Patienten in einer hypnotischen Sitzung wieder zu gehen ermögliche, darf ich ihn auf keinen Fall am nächsten Tag anrufen, um mich zu erkundigen, ob der Erfolg angehalten hat! Das wäre, ein verhängnisvoller Kunstfehler! Ich muss mich auf anderen Wegen erkundigen, in meiner Praxis über den zuweisenden Arzt und auch dann noch diesen bitten, vorsichtig vorzugehen.

Wird aus der Suggestion von Bedeutungskonstruktionen bei Kritikern zu einem Vorwurf, drängt sich die Frage auf, von welcher theoretisch fundierten Psychotherapiemethode dies nicht ebenso gesagt werden könne. Es ist schwierig, das suggestive Moment tief zu halten. Völlig ausschalten lässt es sich nicht. Bei Hellinger ist es aber Prinzip!

Es gibt überzeugte Befürworter des Familienaufstellens nach Hellinger, die den Klienten im Laufe der psychotherapeutischen Dynamik fragen: «Und was findest du unter diesen Umständen richtig, deiner Mutter zu sagen?» und nicht wie Hellinger: «Sag jetzt deiner Mutter ... » oder sie fragen: «Wo findest du, wäre jetzt dein Platz?» und fordern nicht wie Hellinger: «Stell dich jetzt dorthin!». Damit korrigieren sie das autoritäre Vorgehen von Hellinger und geben gerade den leidenschaftlichsten Kritikern an den Familienaufstellungen durch Hellinger Recht. Dass diese in dieser Beziehung selbständigen «Anhänger» von Hellinger dazu sagen mögen, dieser akzeptiere ihr Vorgehen, ist belanglos. Deshalb deckt sich das «Familienaufstellungen *nach* Hellinger» nicht unbedingt mit dem «Familienaufstellungen *durch* Hellinger», worauf sich meine Ausführungen beziehen.

4.4 Frage der «Wissenschaftlichkeit»

Kritiker von Hellinger werfen ihm Unwissenschaftlichkeit vor. Wo von «Psychologie» oder oder von «psychologisch» gesprochen wird, darf Wissenschaftlichkeit erwartet werden. So wie ich Hellinger kenne, sagt er wohl trotzdem dazu, er habe nie behauptet, wissenschaftlich zu arbeiten, was ich akzeptieren würde, denn Menschen kann auch ohne Wissenschaftlichkeit geholfen werden.

4.4.1 „Wahrnehmen" oder „Schauen" als Erkenntnisvorgang bei Hellinger

Hellinger nennt seinen Erkenntnisvorgang «Wahrnehmung» oder «Schauen»: «Ich unterscheide die Wahrnehmung ganz scharf von der Beobachtung ... Wenn ich das Verhalten eines Menschen beobachte, sehe ich nur Details, und der Mensch entgeht mir. Wenn ich mich jedoch der Wahrnehmung aussetze [!], entgehen mir die Details, und ich erfasse sofort das Wesentliche, den Kern». Dass Hellinger beigefügt: « ... im Dienste des anderen», hat mit der «Wahrnehmung» nichts zu tun, sondern mit der Funktion als Helfer. Er beschreibt dieses «Wahrnehmen» oder «Schauen» als Eingebung und deutet an, dass sie den Kontakt «mit etwas Größerem» voraussetze. Diese Wahrnehmung kann kommen «wie ein Blitz». Hellinger spricht an einer Stelle von Intuition, an anderer lehnt er diesen Begriff für die seine «Wahrnehmung» ab (in Weber 1993, S.174f; Hellinger 1994 S.505f; Hellinger 1995)

Nach der Typenlehre von C. G. Jung sind aber eben gerade Intuitionen Wahrnehmungen, wie sie Hellinger umschreibt, nämlich «Wahrnehmungen von Möglichkeiten mit dem Charakter der Gewissheit» (Jung, 1921/[8]1950, S.400-405, S.480f u.a.O.), «eine Art instinktives Erfassen des Gesamteindrucks» (Hark, S.88f). Es trifft in der Praxis ebenso genau für die Intuition im Sinn von Jung zu, was Hellinger weiter zu seiner «Wahrnehmung» oder seiner «Schauung» sagt, nämlich dass jeder Gedanke wie «Das kann doch nicht sein!» oder «Jetzt bin ich vielleicht in der Phantasie» das «Schauen» verunmöglicht. Was Hellinger im Gegensatz zu «Wahrnehmung» oder «Schauung» als «Beobachtung» umschreibt, ist nach

Jung «Empfindung», nämlich als Gegensatz zur Intuition mit ihr nicht vereinbar bewusste sinnliche Wahrnehmung.

Intuitionen sind sozusagen «Eingebungen», weshalb es für manche Intuitive naheliegt, ihre Wahrnehmungen als Eingebungen einer sozusagen höheren Macht zu erklären und nicht als Folgen unbewusster Beobachtungen oder unbewusst gewordener Erfahrungen oder unbewusster deduktiver Schlussfolgerungen, was aber, um als «wissenschaftlich» zu gelten notwendig wäre. Bei Hellinger handelt es sich bei seinen Intuitionen offensichtlich um deduktive Schlussfolgerungen, wie sein Vorgehen in den Beispielen zeigt. Die Erkenntnisse von Hellinger ergeben sich aus dem, was er sucht und was er sucht ergibt sich ohne weiteres bereits aus seinen wenigen einleitenden Fragen an den Patienten, die er später noch zu ergänzen pflegt. Diese zielen darauf, einen Vorfahren oder Seitenverwandten eines Vorfahren zu finden, dem der Klient aus Loyalität folgen «will» oder psychologische Gegebenheiten aufzudecken, die darauf schließen lassen, dass der Klient gegen die archetypische Rangfolge verstößt oder gegen das Gebot «Ehre Vater und Mutter!».

4.4.2. Widersprüchlichkeit und Unverbindlichkeit der Aussagen von Hellinger

Einerseits sagt Hellinger: «Die Eltern brauchen die Kinder nicht anzuerkennen, aber umgekehrt» (in Weber, 1993, S.75), *andererseits* fordert er aber dass Eltern ihr Kinder gleichermaßen zu achten haben, als diese sie (Hellinger 2002, S.145). – Was Krebskranke anbetrifft, so meint Hellinger *einerseits*, ein Krebskranker sterbe lieber, als dass er sich vor dem Vater oder der Mutter tief verneige (Hellinger 1994, S.417 – siehe auch 2. Beispiel): *andererseits* ist er der Ansicht, wer als Klient einen psychologischen Hintergrund einer schweren Krankheit annehme, verweigere die Fügung in ein schicksalshaftes Ereignis; «Man muss am konkreten Fall sagen: Drückt er sich vor der Krankheit und dem Schicksal oder steht er dazu, und sucht er im Sich-Fügen in das Schicksal, was dem Schicksal gemäß ist?» (in Weber 1993, S.192). – Von den «Ordnungen», die Hellinger aufstellt, sagt er, sie seien , «nicht verrückbar»;. «der Ordnung ist es völlig egal, wie ich mich verhalte. Sie steht immer da. Ich kann sie nicht brechen, ich kann nur mich brechen. Sie setzt sich auf kurz oder lang durch» (in Weber 1993, S.142). Auf der Seite darauf stellt Hellinger aber fest: «Diese Grundordnungen sind nicht ganz fest, sie lassen verschiedene Ergebnisse zu. So bleiben sie flexibel und lebendig» (in Weber, S.143). – usw.

Wird Hellinger wegen der Apodiktik und Widersprüchlichkeit seiner Behauptungen kritisiert, meint er: «Wenn mir daher einer sagt, du hast doch vorgestern das und das gesagt, fühle ich mich verkannt, weil er mir unterstellt, ich würde nicht auf den Augenblick schauen. Ich schaue immer wieder neu hin, denn die Wahrheit des einen Augenblicks wird von der Wahrheit des anderen Augenblicks abgelöst. Deswegen gilt für mich das, was ich sage, nur für den Augenblick» (Hellinger 1994, S.522). Nach Weber sowie Ulsamer und Hell reißen die Kritiker die Behauptungen von Hellinger aus dem Zusammenhang und verabsolutieren sie dann (Weber 1993, S.14; Ulsamer u. Hell 2003, S.50, 77). Diese Autoren übersehen aber, dass Hellinger derjenige ist, der verabsolutiert und andere ihn bei dem, was er sagt, ganz einfach ernst nehmen, was ihnen doch wohl nicht zum Vorwurf gemacht werden kann.

Die Feststellungen von Hellinger erinnern mich an die «Weisheit» von Sprichworten, z.B. «Reden ist Silber, Schweigen ist Gold» oder «Lügen haben kurze Beine» oder «Der Apfel fällt nicht weit vom Stamm!». Auch solche Sprichworte sind absolut formulierte bildlich treffende Feststellungen, aber nur bei einer konkreten Situation zutreffend, während in genau so vielen anderen Situationen das Gegenteil zutrifft.

Schwerwiegender ist die Widersprüchlichkeit der Aussagen Hellingers, wo es nicht um psychologische Feststellungen geht, sondern um Anweisungen zu Handlungen. So mahnt Hellinger *einerseits*, ein Helfer dürfe nicht den Hilfsbedürftigen wie Eltern einem Kind gegenübertreten, sondern vielmehr als Erwachsener «einem Erwachsenen, der Hilfe sucht» (Hellinger 2003/3) und: «Ich behandle jemanden immer als einen ebenbürtigen Gegenüber» (Hellinger 2001/1). *Andererseits* tritt er bei Familienaufstellungen durchaus nicht wie ein Erwachsener einem gleichgestellten Erwachsenen gegenüber, sondern wie eine dominante Elternperson gegenüber einem Kind und sollte sich der Klient wehren, kanzelt ihn ab oder behauptet, an das Publikum gewendet, der Betreffende weigere sich, geheilt zu werden (Hellinger 1994, S.410-418). – Hellinger widerspricht sich auch bei konkreten Gegebenheiten: «Also, erstens habe ich niemanden ausgebildet. Ich biete grundsätzlich keine Ausbildungen an». Die nächsten Sätze aber lauten: «Es gibt Therapeuten, die viel Erfahrung haben. Die haben verschiedene Kurse von mir besucht» (Hellinger 2001). Wenn aber Hellinger Kurse, also Lehrgänge, durchführt, so z.B. «für Familienberater» (Hellinger 1994, S.331), oder in einem «Supervisionsseminar» z.B. in einer psychosomatischen Klinik (in Weber 1993, S.298), handelt es sich unzweifelhaft um Ausbildung. Auch sein Anhänger und Verteidiger Gunthard Weber spricht von Seminaren und Fortbildungsveranstaltungen von Hellinger (Weber in Weber, Schmidt, Simon 2005, S.176).

4.4.3 Die Nachkontrolle der Ergebnisse der Therapie oder Lebenshilfe durch Aufstellungsarbeit

Hellinger fragt über die unmittelbaren Äußerungen der Betroffenheit von Patienten nicht nach Erfolgen; er zieht sich, wenn er seine Arbeit getan hat, zurück, ohne weiter nachzuforschen, denn das würde ja bedeuten, dass er seinen Kräften nicht mehr traut, worauf sie ihn verlassen würden, was sich für ihn und den Klienten schlimm auswirken würde (Hellinger 1994, S.520), ohnehin habe der Therapeut keinen Einfluss darauf, was der Klient mit dem tue, was er bei der Familienaufstellung erfahren habe. «Der Patient bleibt frei und kann sich auch ganz anders entscheiden, unabhängig von der Therapie», selbst wenn er sich in Nachfolge seiner Eltern umbringe, sei es unangebracht davon zu sprechen, dass die Therapie nicht erfolgreich gewesen sei (Hellinger 1995).

Meines Erachtens misst sich Erfolg oder kein Erfolg am Ziel. Über dieses haben sich nach der üblichen Vorstellung in der Psychotherapieszene der Patient als Auftraggeber und der Therapeut zu einigen, ob es um die Beseitigung von Symptomen oder etwas anderes geht. Hellinger erlebt sich aber möglicherweise auch in höherem Auftrag «behandelnd». Immerhin spricht er von einem «Prozess der Heilung» vor Hunderten von Leuten (Hellinger 2001/1). Was heißt für ihn «Heilung»? Behebung von als Krankheit beurteiltem Leiden oder ganz allgemein von «Unheil»? Auf die Erfolge seiner Therapie angesprochen stellt Hellinger

fest, dass es nicht sein Ziel sei, Symptome zu beseitigen, «sondern jemanden in seiner Familie wieder heimisch werden zu lassen, so dass er mit allen guten Kräften dort in Verbindung kommt»; das gebe «ihm sehr viel neue Energie» und sei immer ein Erfolg. Ein solcher Erfolg ist nach Hellinger an der «unmittelbaren Betroffenheit» des Klienten festzustellen (Hellinger 1994, S.519), «Da kann man sofort sehen, was sich verändert hat im Gefühl, im Blick, in der Stimmung, in der Kraft, etwas zu tun», die Betroffenheit lasse «abschätzen, was hilft und was nicht hilft» (Hellinger 1995); «wie weit sich das nun auf die Symptome auswirkt, ist eine andere Sache».

Zwei Fragen bleiben:

Hellinger spricht von «Psychotherapie». Wie lautet das mit den Patienten vereinbarte Ziel der Psychotherapie? – dass sie in ihrer Familie «wieder heimisch» werden? – dass sie von Störungen, die als Krankheit gelten, befreit werden? - dass sie einen «Sinn» in ihrer Krankheit finden? (siehe die beiden Beispiele!)

Weiter: Sind Gebärden einer momentanen emotionalen Betroffenheit eines Patienten in einem hoch-suggestiven Milieu, wie es das Familienstellen durch Hellinger vor Hunderten von Zuschauern darstellt, ohne Nachkontrolle Kriterium für eine «Heilung» im einen oder anderen Sinn?

5. Literaturempfehlung

Von Bertold Ulsamer und Martin Hell das Taschenbuch *Wie hilft Familienstellen?,* Vier-Türme-Verlag, Münchenschwarzbach (D), 2003 (80 Seiten). – Der Verlag Carl Auer-Systeme Verlag, Heidelberg, hat eindrückliche und ungestellte Videos über Familienaufstellungen durch Bert Hellinger veröffentlicht.

LITERATURVERZEICHNIS

p = Seite der englischen oder französischen, S = Seite der deutschen Ausgabe

ABELL, R. 1976, *Own Your Own life*, Bantam Books, New York. - **Adler, A. 1912**, *Über den nervösen Charakter*. Neudruck: Fischer TB, Frankfurt/M. 1972. - **Adler, A. 1913**, *Individualpsychologische Behandlung der Neurosen*. Neudruck in: *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, Fischer TB, Frankfurt/M. 1974, S.48-66. - **Adler, A. 1914**, *Die Individualpsychologie, ihre Voraussetzungen und Ergebnisse*. Neudruck in: *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, Fischer TB, Frankfurt/M. 1974, S.19-32. - **Adler, A. 1929/²1964**, *Problems of Neuroses*, Harper & Row, New York, (dt.: *Neurosen*, Fischer TB, Frankfurt/M. 1981). - **Adler, A. 1931**, *What Life Should Mean to You*, Little & Brown, Boston (dt.: *Wozu leben wir?*, Fischer TB, Frankfurt/M. 1979). - **Adler, A. 1933**, *Der Sinn des Lebens*, Neudruck: Fischer TB, Frankfurt/M. 1973. - **Alexander, F. 1946,** *The Principle of corrective emotional Experience*. In: Alexander F. u. French, F. 1946. - **Alexander F. u. French, T. M. 1946,** *Psychoanalytic Therapy*, Ronald Press, New York. - **Alexander, F. u. Selesnick, S. T. 19??,** *The History of Psychiatry,* Harper & Row, New York (dt.: *Geschichte der Psychiatrie*, Diana, Zürich, 1969). - **Ansbacher H. u. R. 1956**, *The Individual Psychology of Alfred Adler*, Basic Books, New York (dt. *Alfred Adlers Individualpsychologie*, Reinhardt, München/Basel 1972). - **Antoch, F. R. 1981**, *Von der Kommunikation zur Kooperation*, Fischer TB, Frankfurt/M. 1989. - **Antoch, F. R. 1994,** *Beziehung und seelische Gesundheit*, Fischer TB, Frankfurt a.M. - **Argelander, H. 1972**, *Gruppenprozesse, Wege zur Anwendung der Psychoanalyse in Behandlung, Lehre und Forschung*, Rowohlt TB, Reinbek b. Hamburg. – **Arnold, W. u. Mitarb. 1972,** *Lexikon der Psychologie*, Herder, Freiburg i. Br. /Basel. - **Balint, M. 1965,** *Primary Love and Psycho-analytic Technique*, Tavistock Publications, London (dt.: *Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse*, Huber, Bern u. Klett, Stuttgart. - **Balint, M. et al. 1972**, *Focal Psychotherapy*, Tavistock Publications, London (dt.: *Fokaltherapie*, Suhrkamp, Frankfurt/M. 1973). - **Bandura, A. 1977**, *Social Learning Theory,* Prentice Hall, Englewood Cliffs: (dt.: *Sozial-kognitive Lerntheorie*, Stuttgart: Klett-Cotta, 1979). – **Bastine, R. u. Mitarb. 1982,** *Grundbegriffe der Psychotherapie*, edition psychologie, Basel. - **Beck, A. 1967**, *Depression: Clinical experimental und theoretical aspects*, Harper & Row, New York. Neudruck unter dem Titel: *Depression: Causes and Treatment*, University of Pennsylvenia Press, 1972. - **Beck, A. 1976**, *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*, International Universities Press, New York (dt.: *Wahrnehmung der Wirklichkeit und Neurose*, Pfeiffer, München 1979). - **Beck, A. u. Mitarb. 1990/²2004,** *Cognitive Therapy of Personality Disorders*, Guilford Press, New York/London (dt.: *Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen*, Beltz, Weinheim, 1993/⁴1999). - **Beck, D. 1968**, *Zur Behandlungstechnik der psychoanalytischen Kurztherapie*, Z. f. psychosomatische Medizin u. Psychoanalyse 14, S.125-136. - **Beck, D. 1974**, *Die Kurztherapie*, Huber, Bern. - **Beck, J.** 1995, *Cognitive Therapy*, Guilford Press, New York/London (dt. *Praxis der Kognitiven Psychotherapie*, Beltz, Weinheim 1999) - **Bergson, H. 1907**, *L'Évolution créatrice*, Félix Alcon, Paris,

1935 (dt.: *Schöpferische Entwicklung*, Diederichs, Jena 1921). - **Berne, E. 1947/^{2}1957**, *A Layman's Guide to Psychiatry & Psychoanalysis*, Ballantine Books, New York 1973 (dt.: *Sprechstunden f. die Seele*, Rowohlt, Reinbek b.Hamburg 1972, Übersetzung einer Fassung des Buches von 1968, aber ohne die von anderen Autoren verfaßten Kapitel über Transaktionsanalyse). - **Berne, E. 1957/1977**, *Ego Staates in Psychotherapy*, The American Journal of Psychotherapy, 11, pp.293-309, zitiert aus Nachdruck in: Berne, E. 1977, *Intuition and Ego States* (Sammelband). TA Press,. San Francisco, pp.121-144 (dt.: *Transaktionsanalyse der Intuition*, Junfermann, Paderborn, 1991, S.153-176). - **Berne, E. 1958/1977**, *Transactional Analysis, a New and Effective Method of Group Therapy*, Am. J. of Psychoth. 12, pp.735-743, zitiert aus Nachdruck in: Berne, E. 1977, pp.174-158/S.177-190. - **Berne, E. 1961**, *Transactional Analysis in Psychotherapy*, Ballantine Books, New York 1973 (dt.: *Die Trans-aktions-Analyse in der Psychotherapie*, Junfermann, Paderborn 2001). - **Berne, E. 1962**, *In Treatment*, Transactional Analysis Bulletin 1, p.10. - **Berne, E. 1963**, *The Structure and Dynamics of Organizations and Groups*, Ballantine Books, New York 1973 (dt.: *Struktur und Dynamik von Organisationen und Gruppen*, Kindler, München 1979). - **Berne, E. 1964**, *Games People Play*, Grove Press, New York, 1967 (dt.: *Spiele der Erwachsenen*, Rowohlt, Reinbek b.Hamburg 1967). - **Berne, E. 1966a,** *Editorial Comment on Script Analysis Section*, Transactional Analysis Bulletin 5,p.150 - **Berne, E. 1966b**, *Principles of Group Treatment*, Oxford University Press, New York (dt.: *Grundlagen der Gruppenbehandlung*, Junfermann, Paderborn, 2005). - **Berne, E. 1966c,** *Preliminary Orientation*, Transactionmal Analysis Bulletin 5, pp.171f. - **E. 1968/1973,** *Transcription of Eric Berne in Vienna 1968*, Transactional Analysis Journal 3,. pp.63-72. - **Berne, E. 1969,** *Standard Nomenclature*, Transactional Bulletin 8, p.111f). - **Berne, E. 1970**, *Sex in Human Loving,* Pocket Books, New York 1971 (dt.: *Spielarten und Spielregeln der Liebe*, Rowohlt TB, Reinbek b. Hamburg 1974). - **Berne, E. 1972**, *What do you say after you say hello?*, Bantam Books, New York 1973 (dt.: *Was sagen Sie, nachdem Sie 'Guten Tag' gesagt haben?*, Fischer TB, Frankfurt/M. 1983, unvollständige Übersetzung). - **Berne, E. 1977**, *Intuition and Ego States* (gesammelte Aufsätze), TA Press, San Francisco (dt.: *Transaktionsanalyse der Intuition*, Junfermann, Paderborn, 1991). - **Bertalnaffy, L.v. u. Rapaport, A. (Eds.) 1956**, *General Systems Year Book*, Ann Arbor, MI, USA (zitiert von Schlippe, A.v. 1988). - **Biermann-Ratjen, E. et al. 1979/^{2}1981**, *Gesprächspsychotherapie*, Kohlhammer, Stuttgart. – **Birnbaum, K. 1927,** *Die psychischen Heilmethoden*, Thieme, Leipzig. - **Bitter, W. 1948**, *Die Angstneurose*, Beiheft zur Schweizerischen Zeitschrift für Psychologie und ihre Anwendungen, Nr. 16, Huber, Bern, S. 147-152 – **Bleuler, E. 1911,** *Die Psychoanalyse Freuds: Verteidigung und kritische Bemerkungen*, Separatdruck aus dem Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschung, Bd. II, Deuticke, Wien. – **Bomio, F. 1972,** Stichwort *Deutung*, in: Arnold, W. u. Mitarb. 1972 (s.d.). - **Bommert, H. 1977**, *Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*, Kohlhammer, Stuttgart. - **Bommert, H. 1982**, *Gesprächspsychotherapie*. In: Bastine, R. et al. (Hgb.), *Grundbegriffe der Psychotherapie*, edition psychologie, Basel. - **Boszormenyi-Nagy, I. u. Spark, G.M. 1973**, *Invisible Loyalities*, Harper & Row, Hagerstown (MD, USA) (dt.: *Unsichtbare Bindungen*, Klett-Cotta, Stuttgart 1981). – **Boss, M. 1957,** *Psychoanalyse und Daseinsanalytik*,

Huber, Bern/Stuttgart. - **Boss, M. 1961**, *Die Bedeutung der Daseinsanalyse für die psychoanalytische Praxis*, Z. f. Psycho-somatische Medizin, Jg.7, S.162-172. - **Boss, M. 1971,** *Grundriss der Medizin,* Huber, Bern/Stuttgart/Wien. - **Bowlby, J. 1951,** *Maternal Care and Mental Health*, Columbia University Press, New York (dt.: *Mütterliche Zuwendung und geistige Gesundheit*, Kindler, München. - **Bowlby, J. 1969,** *Attachment*, Basic Books, New York (dt.: *Bindung: Eine Analyse der Mutter-Kind-Bezuiehung*, Kindler, München, 1975). - **Bowlby, J. 1973,** *Separation, Anxiety and Anger*, Hogarth Press, London (dt.: *Trennung: Psychische Schäden als Folgen der Trennung von Mutter und Kind,* Kindler, München, 1976). - **Breuer, J. u. Freud, S. 1895**, *Studien über Hysterie*. Nachdruck: Fischer TB, Frankfurt/M. 1991 (die Beiträge von Freud auch in den Ges.W. Bd.1). - **Buber, M. 1923**, *Ich und Du,* Ges.W.Bd.1, Kösel, München u. Lambrecht Schneider, Heidelberg. – **Campbell, J. 1949,** *The Hero with Thousand Faces*, Bollingen Foundation, New York (dt.: *Der Heros in tausend Gestalten*, Suhrkamp, Frankfurt a.M. 1978). - **Campos, L. 1970,** *Transactional Analysis of Witch Messages*, Transactional Bulletin 9, pp.51-57. - **Cardon, A. u. Mitarb. 1977**, *L'Analyse transactionelle*, les éditions d'organisation, Paris. - **Cohn, R. 1975**, *Von der Psychoanalyse zur themenzentrierten Interaktion*, Klett, Stuttgart. - **Colman, A. M. 2001,** *Dictionary of Psychology*, Oxford University Presse, Oxford/New York. – **Corsini, R. J. 1971**, *Gruppentherapie*. In: Nikelly, A.G. (Hgb.) 1971 (s.d.), S.127-131. - **Desoille, R. 1938,** *Exploration de l'Affectivité subconsciente par la méthode du rêve éveillé*, D'Artrey, Paris. - **Deutsch, H. 1930**, *Psychoanalyse der Neurosen*, Int. psychoanalytischer Verlag, Wien. – **Dietrich, G. u. Walter, H. 1970,** *Grundbegriffe der psychologischen Fachsprache*, Ehrenwirth, München. - **Dubois, P. 1903**, *Grundzüge der seelischen Behandlung*, Correspondenzblatt f. Schweizer Ärzte, Jg.38, S.809-821. - **Dubois, P. 1905/^{2}1909**, *Die Psychoneurosen und ihre psychische Behandlung*, Francke, Bern. - **Eidelberg, L. 1951**, *Gesicht hinter der Maske*, Hippokrates, Stuttgart. - **Eissler, K.R. 1950**, *The Chicago Institute of Psychoanalysis and the sixth period of development of psychoanalytic technique*, J. of Genetic Psychology 42, pp.103-157 (zitiert nach Thomä 1983). - **Ellis, A. 1959**, *Rationalism and its therapeutic application*, In: Ellis, A. (Ed.), *The place of value in the practice of psychotherapy*, American Academy of Psychotherapists, New York: (aus dem Literaturverzeichnis in Ellis 1962). - **Ellis, A. 1962/$^{?}$1991**, *Reason and Emotion in Psychotherapy*, Lyle Stuart, New York. (dt.: *Die rational-emotive Therapie*, erw. 5. Auflage, Pfeiffer, München, 1977/^{5}1993). – **Endres, M. u. Hauser, S. 2000,** *Bindungstheorie und Entwicklungspsychologie*, in: Endres u. Hauser (Hgb) 2000, S.9-17. - **Endres, M. u. Hauser, S (Hgb.) 2000,** *Bindungstheorie in der Psychotherapie*, Ernst Reihardt, München. - **English, F. 1971/1972,** *The Substitution Factor: Rackets and Real Feelings*, Transactional Analysis Journal 1, pp.225-230, sowie 2, pp.23-25 - **English, F. 1975,** *The three Cornered Contract*, Transactional Analysis Journal 5, pp.383-384 (dt.: *Der Dreiecks-Vertrag*, in: English 1980, S.208f). - **English, F. 1976a**, *Aus meiner eigenen Analyse: zur Verbindung von TA und Gestalttherapie*. In: English 1976b, S.72-86 und English 1980, S.215-232. - **English, E. 1976b**, *Transaktionale Analyse und Skriptanalyse*, Wissenschaftlicher Verlag Altmann, Hamburg. Nachdruck (bis auf Aufsätze über Rolle und Ich-Zustand und über Suizidalität) in: English 1980). - **English, F. 1980**, *Transaktions-*

analyse, ISKO-Press, Hamburg. - **Erikson, E.H. 1950/²1963,** *Childhood and* Society, Norton, New York (dt.: Kindheit *und Gesellschaft*, Klett, Stuttgart, 1957/⁵1974). - **Erikson, E.H. 1959,** *Identity and Life Cycle : A Historical Survey of Psychoanalytic Ego Psychology*, Monograph, Psychological Issues, Vol. I, No. 1 (dt.: *Identität und >Lebenszyklus*, Suhkamp, Frankfurt a. M. 5. bis 7. Tausend 1970). - **Erikson, E.H. 1968,** *Identity – Youth and Crisis*, Norton, New York (dt.: *Jugend und Krise: Die Psychodynamik im sozialen Wandel* [erweiterte gesammelte Aufsätze 1953-1967], Klett, Stuttgart, 1979). – **Fairbairn, W. R. D. 1952,** *Object-Relationships and Dynamic Structure,* in: Fairbairn, *Psychoanalytic Studies of the Personality*, Tavistock Publications, London, pp.137-151 (dt. in: Kutter, P. [Hgb.] *Psychologie der zwischenmenschlichen Beziehung*, Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt, 1982) - **Fairbairn, W. R. D. 1954**, *The Object-Relations Theory of Personality*, Basic Books, New York. - **Feder, B. u. Ronall, R. (Eds.) 1980**, *Beyond the Hot Seat*, Brunner/Mazel, New York. - **Fiedler, P. A. 1979**, Diagnostische und therapeutische Verwertbarkeit kognitiver Verhaltensanteile. In: Hoffmann, N. (Hgb.) 1979, S.234-237. – **Flavell, J. H. 1977,** *Cognitive Development*, Prentice Hall, Eagkewood Cliffs (NJ, USA) (dt.: *Kognitive Entwicklung*, Klett-Cotta, Stuttgart, 1979). - **Fliegel, St. 1994/²1995**, *Stichwort: Verhaltenstherapie*, Heyne, München. – **Fliegel, St. u. Mitarb. 1981/⁴1998,** *Verhaltenstherapeutische Standardmethoden: Ein Übungsbuch*, Beltz, Weinheim. - **Foulkes, S. H. 1964**, *Therapeutic Group Analysis*, Allen & Unwin, London (dt.: *Gruppenanalytische Psychotherapie*, Kindler, München 1974). - **Franke, A. 1978**, *Klienten-zentrierte Gruppentherapie*, Kohlhammer, Stuttgart. - **Freeman, A. u. DeWolf, R. 1992**, *The 10 Dumbest Mistakes Smart People Make and how to Avoid Them*, HarperCollins, New York (dt.: *Die 10 dümmsten Fehler kluger Leute. Wie man klassischen Denkfallen entgeht*, Kabel, Hamburg, 1996). - **Frenzel, P. et al. (Hgb.) 1992**, *Handbuch der personzentrierten Psychotherapie*, Edition Humanistische Psychologie, Köln. – **Freud, S. 1895,** *Studien über Hysterie*, Ges.W. Bd.I, S.75-512. – **Freud, S. 1905,** *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie*, Ges.W.Bd.V, S.27-145. - **Freud, S. 1910**, *Sigmund Freud - Oskar Pfister, Briefe 1909-1939*, Fischer, Frankfurt/M. 1936, Brief vom 5.6.10. - **Freud, S. 1911**, *Formulierungen über zwei Prinzipien des psychischen Geschehens*, Ges.W.Bd.VIII, S.230-238. – **Freud, S. 1912/1913,** *Totem und Tabu: Einige Übereinstimmungen im Seelenleben der Wilden und der Neurotiker*, Ges, W, Bd, IX. - **Freud, S. 1913,** *Die Disposition zur Zwangsneurose*, Ges. W. Bd. VIII, S.441-452. - **Freud, S. 1914,** *Zur Geschichte der psychoanalytischen Bewegung*, Ges.W. Bd.X, S.43-113. - **Freud, S. 1915,** *Bemerkungen über die Übertragungsliebe*, Ges.W. Bd.X, S.305-391. - **Freud, S. 1916/1917,** *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*, Ges.W.Bd.XI. - **Freud, S. 1920,** *Jenseits des Lustprinzips*, Ges.W.Bd.XIII, S.1-69. - **Freud, S. 1923a,** *«Psychoanalyse» und «Libidotheorie»*, Ges. W. Bd.XIII, S.209-231. - **Freud, S. 1923b**, *Das Ich und das Es*, Ges.W.Bd.XIII, S.235-289. - **Freud, S. 1933**, *Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*, Ges.W.Bd.XV. – **Freud, S. 1937/1939,** *Der Mann Moses und die monotheistische Religion*, Ges. W. Bd. XVI, S.101-246. - **Freud, S. 1938**, *Abriss der Psychoanalyse*, Ges.W. XVII, S.63-138. - **Fromm, E. 1941,** *Escape from Freedom*, Farrar and Rinehart, New York (dt.: *Flucht vor der Freiheit*, Europäische Verlagsanstalt, 1966). – **Fromm, E. 1947,** *Man for him-*

sel: An Inquiry into the Psycholfgy of Ethics, Rinehart, New York (dt.: *Psychoanalyse und Ethik*, Diana, Zürich 1954). - **Fromm, E. 1956,** *The Art of Loving*, Harper & Row, New York (dt.: *Die Kunst des Liebens*, Ullstein, Frankfurt a.M. 1971). - **Gay, P. 1987,** *Freud: A Life of Our Time*, Norton, New York (dt.: *Freud: Einw Biographie für unsere Zeit*, Fischer, Frankfurt a. M. 1989/²1995. - **Genser, B. u. Mitarb. 1972**, *Lernen in der Gruppe: Theorie und Praxis der themenzentrierten Interaktion*, Blickpunkt Hochschuldidaktik, H.25, Hamburg. – **Glunk, F.R. 2003,** Der Protofaschist, in: Goldner, C. (Hgb.) 2003, S.238-252. – **Goldner, C. (Hgb.) 2003,** *Der Wille zum Schicksal*, Ueberreuter, Wien. - **Gordon, Th. 1951**, *Gruppen-bezogene Führung und Verwaltung.* In: Rogers, C.R. 1951, S.287-334. - **Gordon, Th. 1970,** *Parent Effectiveness Training*, Wyden, New York (dt.: *Familienkonferenz,* Hoffmann und Campe, Hamburg 1972). - **Gordon, Th.** 1976, *P.E.T. in Action*, Wyden, New York (dt.: Familienkonferenz in der Praxis, Rowohlt TB, Reinbek b. Hamburg 1981). - **Götter, U. 2000,** *Falldarstellung eines 9-jährigen Mädchen mit gehäuften traumatischen Erfahrungen, Verlustängsten und Leistungsproblemen*, in: Endres u. Hauser 2000 (s.d.), S.111-126. - **Goulding, M. 1985/²1986**, *Who's Been Living in Your Head?* WIGFH Press, Watsonville (USA, CA) (dt.: *«Kopfbewohner» oder: Wer bestimmt dein Denken*, Junfermann, Paderborn 1988). – **Goulding, M. u. R. 1978,** Redecision: Some Examples, *Transactional Analysis Journal 8*, pp.132-135. - **Goulding, M. u. R. 1979**, *Changing Lives through Redecision Therapy*, Brunner/Mazel, New York (dt.: *Neuentscheidung*, Klett-Cotta, Stuttgart 1981) – **Goulding, R. 1972,** New Directions in Transctional Anbalysis in Progress in Group and Family Therapy, in: Sager, C. u. Kaplan, H. (Eds.), pp.105-134 (dt.: Neue Richtungen in der Transakions-Analyse, in: Sager u. Kaplan, 1973, S. 123-153). - **Goulding, R. 1985**, *History of Redecision Therapy.* In: Kadis, L.B. (Ed.) 1985, pp.9-10. - **Grotjahn, M. 1977**, *The Art and Technique of Analytic Group Therapy*, Jason Aronson, New York (dt.: *Analytische Gruppentherapie,* Kindler, München 1979). – **Guntrip, H. 1968,** Object-Relations Theory and Psychotherapy, *Schizoid Phenomena. Object Relations and the Self (= The International Psycho-Analytical Library No. 77)*, The Hogarth Press and The Institute of Psycho-Analysis, London (dt. in: Kutter, P. [Hgb.] Psychologie der zwischenmenschlichen Beziehung, Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt, 1982) - **Hagehülsmann, H. 1982**, *Kombination von Gesprächstherapie und Transaktionaler Analyse.* In: Howe, J. (Hgb.). 1982, S.275-302. – **Halder, Petra 1973,** *Verhaltenstherapie*, Kohlhammer, Stuttgart. - **Hannah, B. 1985**, *Begegnungen mit der Seele: Aktive Imagination - der Weg zur Heilung und Ganzheit*, Kösel, München. – **Happich, C. 1932,** Das Bildbewusstsein als Ansatzstelle psychischer Behandlung, *Zentralblatt für Psychotherapie, Bd.5,* S.663-677. - **Hark, H. (Hgb.) 1988/²1990,** *Lexikon Jungscher Grundbegriffe*, Walter, Olten/Freiburg i.Br - **Harris, Th. 1967,** *I'm OK – You're OK*, Avon, New York (dt.: *Ich bin o.k., Du bist o.k.*, Rowohlt, Reinbek b. Hamburg, 1973). - **Hartmann, H. 1960,** *Psychoanalysis and Moral Values*, International Universities Press, New York (dt.: *Psychoanalyse und moralische Werte*, Klett, Stuttgart, 1973). - **Hartmann, H. 1964,** *Essays on Ego-Psychology: Selected Papers in Psychoanalytic Theory* International Universities Press, New York (dt.: *Ich-Psychologie: Studien zur psychoanalytischen Theorie*, Klett, Stuttgart, 1972). - **Hédervári-Heller, E. 2000,** *Klinische Revelanz der Bindungstheorie*

in der therapeutischen Arbeit mit Kleinkindern und deren Eltern, in: Endres u. Hauser 2000 (s.d.), S.90-110. - **Heigl, F. 1974,** *Indikation und Prognose in Psychoanalyse und Psychotherapie*, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen - **Heigl, F. u. Triebel, A. 1977**, *Lernvorgänge in psychoanalytischer Therapie,* Huber, Bern - **Heigl-Evers, A. u. Heigl, F. 1961/³1971,** *Geben und Nehmen in der Ehe: Eine tiefenpsychologische Studie*, Verlag f. Angewandte Psychologie, Stuttgart. - **Hellinger, B. 1978,** Die Transaktionsanalyse – ein neues Modell der Struktur der menschlichen Person und der Dynamik ihres Verhaltens, *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik, 13, S.209-216.* - **Hellinger, B. 1994,** *Ordnungen der Liebe*, Auer, Heidelberg - **Hellinger, B. 1995,** *Der phänomenologische Erkenntnisweg (Interview mit Bert Hellinger),* www.erickson-institut-berlin.de/frames/community/whc/texte/i-hellinger.htm - **Hellinger, B. 1999,** *Mann und Frau (Interview)*, www.hellinger.de/deutsch/virtuelles_institut/grundlage_voraussetzungen/ mann ... - **Hellinger, B. 2001/1** *Gabriele Heise im Gespräch mit Bert Hellinger,* www.hellinger.de/deutsch/virtuelles_institut/trauer_versoehnung_opfer_taeter/ 2001 - **Hellinger,B. 2001/2,** *Mit der Seele gehen*, Herder, Freiburg/Basel/Wien. - **Hellinger, B. 2003/1,** *Friede, was heißt das?*, www.hellinger.de/ deutsch/ virtuelles_institut/ trauer_versoehnung_opfer_taeter/frieden - **Hellinger, B. 2003/2,** *Das Familien-Stellen – eine Standpunktbestimmung*, www.hellinger.de/deutsch/virtuelles_institut/grundlage_voraussetzungen/ familie... - **Hellinger, B. 2003/3,** *Ordnungen des Helfens*, www.hellinger.de/deutsch/virtuelles_institut/grundlage_voraussetzungen/ordnun... - **Heyer, G. R. 1932,** *Der Organismus der Seele: Eine Einführung in die analytische Seelenheilkunde*, Lehmanns Verlag, München und spätere Auflagen - **Hobbs, N. 1949**, *Nondirective group therapy*, J. of National Association of Deans of Women, vol.12, pp.114-121. Nachdruck unter dem Titel *«Gruppen-bezogene Psychotherapie»* in Rogers, C.R. 1951, *Client-centered Therapy*, Houghton Mifflin, Boston (dt.: *Die klient-bezogene Gesprächstherapie*, Kindler, München, 1973, S.255-257-261-286). - **Hoffmann, M. 1980**, *Diagnostik und Therapieplanung bei der Rational-Emotiven Therapie* (Kassette), Pfeiffer, München. - **Hoffmann, N. (Hgb.) 1979**, *Grundlagen der kognitiven Therapie*, Huber, Bern. - **Hoffmann, S.O. 1979**, *Charakter und Neurose*, Suhrkamp, Frankfurt/M. - **Hoffmann, S.O. (Hgb.) 1983a**, *Deutung und Beziehung*, Fischer TB, Frankfurt/M. - **Hoffmann, S.O. 1983b**, *Die niederfrequente psychoanalytische Langzeittherapie.* In: Hoffmann, S.O. (Hgb.) 1983a, S.183-193. - **Holloway, M. u. W. 1973,** The Contract Setting, *Monograph Series VII*, pp. 34-39, Midwest Institute for Human Understanding, Medina (USA, OH). - **Holloway, W. u. M. 1973,** *Change Now! Transactional Analysis in Groups*, Eigenverlag ohne nähere Angaben. - **Horney, K. 1936,** *The neurotic personality of our time*, New York (dt.: *Der neurotische Mensch unserer Zeit*, Cotta, Stuttgart, 1951, Kindler TB, München, 1964). - **Horney, K. 1940,** *New Ways in Psychoanalysis*, Norton, New York (dt.: *Neue Wege in der Psychoanalyse*, Kindler TB, München, ohne Datum) - **Horney, K. 1950,** *Neurosis and Human Growth*, Norton, New York (dt.: *Neurose und menschliches Wachstum*, Kindler TB, München, 1973). - **Howe, L.B. 1982,** *Integratives Handeln in der Gesprächstherapie*, Beltz, Weinheim/Basel. - **Jacob, G. u. Lieb, K. 2007,** Borderline-Persönlichkeitsstörung, in: *Psychiatrie u. Psychotherapie up date, Jg.1, 2007*, S.61-77. - **James, M. 1977a**, *Eric Berne, the Development of TA, and ITAA.* In: James, M. 1977b, pp.19-32. - **James, M. (Ed.) 1977b,**

Techniques in Transactional Analysis, Addison-Wesley, Reading, MA, USA. - **James, M. u. Jongeward, D. 1971,** *Born to Win*, New American Library, New York, 1978 (dt.: *Spontan leben*, Rowohlt, Reinbek b. Hamburg, 1974) - **Jaspers, K. 1913/⁴1946**, *Allgemeine Psychopathologie*, Springer, Berlin/Heidelberg. - **Jung, C. G. 1911/1912,** *Wandlungen und Symbole der Libido*, Sonderdruck aus dem Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschung, Bd.III u. IV, Deuticke, Wien (4. Auflage 1952 überarbeitet: *Symbole der Wandlung: Analyse des Vorspiels einer Schizophrenie*, Rascher, Zürich, Ges.W. Bd. V). - **Jung, C. G. 1916/²1928,** *Die Beziehungen zwischen dem Ich und dem Unbewussten,* Ges.W. Bd. VII, S.131-264. - **Jung, C. G. 1916/²1958,** *Die transzendente Funktion,* Ges.W. Bd. VIII, S.77-104. - **Jung, C. G. 1917/⁵1942,** *Über die Psychologie des Unbewussten*, Ges.W. Bd. VII, S.1-130. - **Jung, C.G. 1921/⁶1950,** *Ges.W.. Bd.VI,* S.400-405, S.480f u. andernorts. **Jung, C. G. 1931,** *Seelenprobleme der Gegenwart*, Rascher, Zürich (Nachdruck noch neben des Gesammelten Werken). - **Jung, C. G. 1934,** *Wirklichkeit der Seele*, Rascher, Zürich (Nachdruck noch neben des Gesammelten Werken). - **Jung, C. G. 1944/²1952,** *Psychologie und Alchemie*, Ges.W. Bd. XII. - **Jung, C. G. 1945/²1948,** *Zur Phänomenologie dies Geistes im Märchen*, Ges.W. Bd.IX/1, S.221-270. - **Kächele, H. 1985**, *Was ist psychodynamische Kurztherapie?*, Praxis d. Psychotherapie u. Psychosomatik 30, S.119-127. - **Kadis, L.B. 1985**, *Redecision Therapy*, Western Institute for Group and Familiy Therapy, Watsonville (CA, USA), - **Kahler, T. 1977**, *The Miniscript*. In: Barnes, G. (Ed.) 1977, pp.223-256 (dt.: *Das Miniskript*. In: Barnes, G. (Hgb.) Bd.2, 1980, S.91-132). - **Kahler, T. 1978**, *Transactional Analysis Revisited*, Human Development Publications, Little Rock, AR, USA. - **Kahler, T. u. Capers, H. 1974**, *The Miniscript*, Transactional Analysis J. 4, Nr.1, pp.26-42 (Errata TAJ 4, Nr.2, p.49). - **Karpman, St. 1968,** *Fairy Tale and Script Drama Analysis*, Transactional Analysis Bulletin 7, pp.39-43. - **Kernberg, O.F. 1980**, *Internal world and external reality. Object relation theory applied.* Neudruck: Jason Aronson, New York 1985 (dt.: *Innere Welt und äußere Realität*, Internationale Psychoanalyse, München/Wien 1988). - **Kernberg, O.F. 1984**, *Severe Personalitiy Disorders*, Harvard University Press (dt.: *Schwere Persönlichkeitsstörungen*, Klett-Cotta, Stuttgart 1988). - **Kohut, H. 1959,** Introspection, Empathy and Psychoanalysis, *American Psychoanalytical Association 7, pp.419-483 (dt.:* Introspektion, Empathie und Psychoanalyse, *Psyche 25 [1971], S.831-855)..* - **Kohut, H. 1971**, *The Analysis of the Self. A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders*, International University Press, New York (dt.: *Narzißmus*, Suhrkamp, Frankfurt a.M., 1973). - **Kohut, H. 1977,** *The Restoration of the Self*, International University Press, New York (dt.: *Die Heilung des Selbst*, Suhrkamp, Frankfurt a.M.). - **König, F. 1979,** *Problemlösen und kognitive Therapie*. In: Hoffmann, N. (Hgb) 1979 (s.d.), S.155-175. - **Krautzig, E. u. Linden, M. 1979,** *Zum Problem der Verwendung kognitiver Konstrukte und ihrer Benennung.* In: Hoffmann, N. (Hgb.), 1979 (s.d.), S.253-263. - **Kronfeld, A. 1927,** *Psychagogik oder psychotherapeutische Erziehungslehre*. In: Birnbaum, K. (Hgb.) 1927 (s.d.), S.368-458. - **Künkel, F. 1929**, *Die Arbeit am Charakter*, Bahn, Schwerin. - **Künkel, F. 1931,** *Charakter, Wachstum und Erziehung*, Hirzel, Leipzig. - **Künkel, F. 1939,** *Das Wir*, Friedrich Bahn, Schwerin. - **Laplanche, J. u. Pontalis, J.-B.,1967,** *Vocabulaire de la Psychanalyse*, Presses

Universitaires de France, Paris (dt.: *Das Vokabular der Psychoanalyse*, Suhrkamp, Frankfurt a.M. 1974). - **Latner, J. 1973**, *The Gestalt Therapy Book*, Bantam Books, New York 1974. - **Lazarus, A. A. (Ed.) 1976**, *Multimodal Behavior Therapy*, Springer, New York (dt.: *Multimodale Verhaltenstherapie*, Fachbuchh. f. Psychologie, Verlagsabt., Frankfurt/M, 1978). - **Lazarus, A. A. 1977**, *In the Mind´s Eye*, Rawson, New York (dt.: *Innenbilder*, Pfeiffer, München, 1980). - **Lazarus, A. u. Fay, A. 1975**, *I Can If I Want*, William Morrow, New York (dt.: *Ich kann, wenn ich will*, Klett, Stuttgart, 1977, später: Deutscher Taschenbuch-Verlag, München, 1985/[13]2004). – **Leuner, H. 1955,** *Experimentelles katathymes Bilderleben als ein klinisches Verfahren der Psychotherapie: Grundlegung und Methode*, Zeitschrift für medizinische Psychologie, Bd.5, S.185 ff. (über die Methode erschienen später noch einige Monographien) - **Lindon, J. A. 1966**, *Melanie Klein.* In: Alexander, F. et al.(Eds.) *Psychoanalytic Pioneers*, Basic Books, New York. - **Long, T.J. u. L.A. 1977**, *Client-centered therapy and TA.* In: James, M. (Ed.) 1977, pp.283-297. - **Lückert, H.-R. u. I. 1994**, *Einführung in die Kognitive Verhaltenstherapie*, Ernst Reinhardt, München/Basel. - **Mahler, M.S. et al. 1975**, *The Psychological Birth of the Human Infant*, Basic Books, New York (dt.: *Die psychische Geburt des Menschen*, Fischer TB, Frankfurt/M. 1980). - **Mahoney, M.J. 1974,** *Cognition and Behavior Modification*, Ballinger Publishing, Cambridge (MA, USA) (dt.: *Kognitive Verhaltenstherapie*, Pfeiffer, München, 1977). - **Malan, D.H. 1963**, *A Study of Brief Psychotherapy*, Tavistock Publications, London (dt.: *Psychoanalytische Kurztherapie*, Klett, Stuttgart 1965). - **Mandel, A. u. K.H. 1971**, *Einübung in Partnerschaft durch Kommunikationstherapie und Verhaltenstherapie.* In: Mandel, A. u. Mitarb. 1971, S.13-324. - **Mandel, A. u. Mitarb. 1971**, *Einübung in Partnerschaft*, Pfeiffer, München (11. Auflage 1990). - **Meichenbaum, D. W. 1977**, *Cognitive Behavioral Modification*, Plenum Press, New York (dt.: *Kognitive Verhaltensmodifikation*, Urban & Schwarzenberg, München, 1979). – **Meichenbaum, D. W. 1985,** *Stress inoculation training*, Pergamon Press, New York (dt.: *Intervention bei Stress*, Huber, Bern, 1991/[2]2003, 2. Aufl. mit zusätzl. Kapitel von Lothar Schattenburg). - **Menninger, K.A. u. Holzman, Ph.S. 1958/[2]1973**, *Theory of Psychoanalytic Technique*, Basic Books, New York (dt.: *Theorie der psychoanalytischen Technik*, fromann-holzboog, Stuttgart 1977). - **Mentzos, St. 1976/[2]1977,** *Interpersonale und institutsionalisierte Abwehr*, Suhrkamp, Franfurt a.M. - **Mentzos, St. 1982,** *Neurotische Konfliktverarbeitung: Einführung in die psychoanalytische Neurosenlehre unter Berücksichtigung neuer Perspektiven*, Fischer Taschenbuchverlag, Frankfurt a.M. - **Mertens, W, 1990/[2]1992, Bd.1; 1990/[2]1993, Bd. 2; 1991/[2]1993, Bd. 3,** *Einführung in die psychoanalytische Therapie,* Kohlhammer, Stuttgart. - **Mertens, W. 1997,** *Psychoanalyse*, Beck, München. – **Metzmacher, B. u. Mitarb. 1982,** Ein familientherapeutisches Konzept von Veränderung, *Integrative Therapie 8 (3)*, zitiert von Schlippe, A.v. 1984/[7]1988, S.101f. - **Meyer, W.-U. u. Mitarb. 1993**, *Einführung in die Emotionspsychologie, Bd.1*,. Hnas Huber, Bern/Göttingen. - **Meyer, W.-U. et al. 1997**, *Einführung in die Emotionspsychologie, Bd.2*, Hans Huber, Bern/Göttingen. – **Montagu, A. 1971,** *Touching: The Human Significance of the Skin*, Columbia University Press, New York (dt.: *Körperkontakt*, Klett, Stuttgart, 1974). - **Mucchielli, R. 1974**, *Communications et reseaux de communications*, Les Éditions ESF, Paris (dt.: *Kommunikation und Kommunikationsnetze*, Otto Müller, Salzburg,

1974). - **Müller, Ch. 1955,** Paul Dubois und die Entwicklung der Psychotherapie, *Protokoll der 124. Tagung der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie, Dez. 1955.* - **Müller, Ch. 2002,** *Paul Dubois (1848-1918)*, Schwabe, Basel. - **Murray, G. 1912/²1925**, *Five Stages of Greek Religion*, Clarendon Press, Oxford. - **Murray, G. 1918**, *The Stoic Philosophy*, Watts, London. - **Naranjo, C. 1970**, *Present-centeredness: techniques, prescription and ideal.* In: Fagan u. Shepherd 1970, pp.47-69 (zitiert von Simkin 1976). - **Naranjo, C. 1973**, *Techniques of Gestalt Therapy*, SAT-Press, Berkeley (dt.: *Techniken der Gestalttherapie*, ISKO-Press, Hamburg 1978). - **Naranjo, C. 1993,** *Gestalt: Präsenz, Gewahrsein, Verantwortung*, Arbor, Freiamt. - **Nellen, W. 2005,** *Die Hellinger-Kontroverse*, Herder, Freiburg/Basel/Wien. - **Nikelly, A.G. (Ed.) 1971**, *Techniques for Behavior Change - application of Adlerian Theory*, Crales C. Thomas, Springfield, IL, USA (dt.: *«Neurose ist eine Fiktion»*, Kindler, München). - **Nikelly, A.G. u. Don Verger 1971**, *Erste Kindheitserinnerungen.* In: Nikelly (Ed.) 1971, S.71-77. - **O'Neill, N.u.G. 1972**, *Open Marriage*, M. Evans, New York (dt.: *Die offene Ehe*, Scherz, Bern 1972). - **Ohlmeier, D. 1973(?)**, *Angst und Aggression in einer psychoanalytischen Gruppe bei der Bearbeitung ödipaler Konflikte*, Materialien zur Psychoanalyse und analytisch orientierten Psychotherapie, 3. Lieferung, Verlag f. Med. Psychologie, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen/Zürich. - **Oranges, D. M. u. Mitarb. 1997,** *Working Intersubjectively: Contextualism in Psychoanalytic Practice*, The Psychoanalytic Press, Hillsdale (NJ, USA) (dt.: *Intersubjektivität in der Psychoanalyse*, Brandes-Apsel, Frankfurt a. M. 2001). - **Orgler, H. 1963**, *Alfred Adler*, Sidgwick and Jackson, London. - **Papp, P. 1983**, *The Process of Change*, Guilford Press, New York (dt.: *Die Veränderung des Familiensystems*, Klett-Cotta, Stuttgart 1989). - **Perls, F. 1967**, *Gestalt-Therapy and Transactional Analysis*, referiert von C. Steiner in Transactional Analysis Bulletin 6, pp.93-94. - **Perls, F. 1969**, *Gestalt Therapy Verbatim*, Real People Press, Lafayette, CA, USA (dt.: *Gestalttherapie in Aktion*, Klett, Stuttgart 1974). - **Perls, F. 1973**, *The Gestalt Approach & Eye Witness to Therapy*, Science and Behavior Books, Palo Alto, CA, USA (dt.: *Grundlagen der Gestalt-Therapie*, Pfeiffer, München 1976). - **Perls, F. 1980**, *Gestalt, Wachstum, Integration,* Junfermann, Paderborn. - **Perls, F. et al. 1951**, *Gestalt Therapy*, Julian Press, New York (dt.: Gestalt-*Therapie*, Klett-Cotta, Stuttgart 1979). - **Petzold, H.G. 1976**, *Konzepte der Transaktionalen Analyse.* In: English 1976b, S.13-71. - **Petzold, H.G. 1984**, *Die Gestalttherapie von Fritz Perls, Lore Perls und Paul Goodman.* In: Integrative Therapie, Jg.10, S.5-72. - **Pfeiffer, W. M. 1977**, *Carl R. Rogers' Theorie der Psychotherapie und ihre Anwendung auf die Praxis.* In: Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, Bd.III/2, S.1014-1043. - **Polster, E. u. M. 1973**, *Gestalt Therapy Integrated*, Brunner/Mazel, New York (dt.: *Gestalttherapie*, Kindler, München 1975). - **Raguse, H. 1982**, *Was ist themenzentrierte Interaktion?* Wege zum Menschen, Jg.14, S.308-327. - **Rattner, J. 1961**, *Individualpsychologie*, Reinhardt, München/Basel. - **Rattner, J. 1972a**, *Alfred Adler*, Rowohlt, Reinbek b. Hamburg. - **Rattner, J. 1972b**, *Gruppentherapie*, Lübbe, Bergisch-Gladbach. – **Rexelius, G. u. Grubitzsch, S. 1981,** *Handbuch psychologischer Grundbegriffe: Mensch und Gesellschaft in der Psychologie*, Rowohlt, Reinbek b. Hamburg. - **Rogers, C.R. 1942**, *Counseling and Psychotherapy*, Houghton Mifflin, Boston (dt.: *Die nicht-direktive Beratung*, Kindler, München 1972). - **Rogers, C.R. 1951**, *Client-centered Therapy*,

Houghton Mifflin, Boston (dt.: *Die klient-bezogene Gesprächtherapie*, Kindler, München 1973). - **Rogers C.R. 1953**, *Some directions and endpoints in therapy*. In: Mowrer, O.H. (Ed.), *Psychotherapy: Theory and research*, New York: Ronald Press, pp.44-68 (dt.: *Wege der Therapie*. In: Rogers 1961, S.84-113. - **Rogers, C.R. 1959**, *A Theory of Therapy, Personality and interpersonal Relationship, as developed in the client-centered Framework*. In: Koch, S. (Ed.), *Psychology: A study of a Science I*, Vol.3, New York: McGraw-Hill, pp.184-256 (zitiert von Pfeiffer 1977). - **Rogers, C.R. 1961**, *On Becoming a Person. A Therapist's View of Psychotherapy*, Houghton Mifflin, Boston (dt.: *Entwicklung der Persönlichkeit*, Klett, Stuttgart 1973). - **Rogers, C.R. 1962a**, *Some Learnings from a psychotherapy with schizophrenics*. In: Pennsylvenia Psychiatric Quarterly, Summer 1962, pp.3-15 (dt. - gekürzt - : Rogers, C.R. *Ein Bericht über Psychotherapie mit Schizophrenen*, In: Rogers 1977b, S.188-210). - **Rogers, C.R. 1962b**, *The interpersonal relationship. The core of guidance,*. In: Harvard Educational Review, vol.32, pp.416-429 (dt.: *Die zwischenmenschliche Beziehung. Das tragende Element in der Therapie*. In: Rogers, C.R. 1977b, S.211-231). - **Rogers, C.R. 1969**, *Freedom to Learn*, Merrill, Columbus, OH, USA (dt.: *Lernen in Freiheit*, Kösel, München 1974). - **Rogers, C.R. 1970**, *On Encounter Groups*, Harper & Row, New York (dt.: *Encounter Gruppen*, Kindler, München 1974). - **Rogers, C.R. 1972**, *Becoming Partners*, Delacorte Press, New York (dt.: *Partnerschule*, Kindler, München 1975). - **Rogers, C.R. 1974**, *Interview with Gloria*. In: Burton, A. (Ed.), *Operational Theories of Personality*, Brunner/Mazel, New York, S.237-254 (dt.: *Gespräch mit Gloria*. In: Rogers, C.R. *Therapeut und Klient*, Fischer TB, Frankfurt/M., 1983, S.166-187). - **Rogers, C.R. 1975**, *Klientenzentrierte Psychotherapie*. In: Rogers 1977b, S.17-61. - **Rogers, C.R. 1977a**, *On Personal Power - Inner Strength and its Revolutionary Impact*, Delacorte Press, New York (dt.: *Die Kraft des Guten*, Fischer TB, Frankfurt/M. 1985). - **Rogers, C.R. 1977b**, *Therapeut und Klient* (Sammelband übersetzter Artikel), Fischer TB, Frankfurt/M. - **Rogers, C.R. 1981**, *Die beste Therapieschule ist die selbst entwickelte. Wodurch unterscheidet sich die Personzentrierte Psychotherapie von anderen Ansätzen* (leicht gekürztes und übersetztes Transskript der Videoaufnahme eines Vortrags mit Diskussion in Wien). In: Frenzel, P. et al. (Hgb.) 1992, S. 21-38. - **Rogers, C.R. u. Wood, J.K. 1974**, *The changing theory of client-centered therapy*. In: Burton, A. (Ed.) *Operational Theories of Personality*, pp.211-258 (dt.: *Klientzentrierte Theorie*. In: Rogers, C.R. 1977b, S.131-165) - **Rohde-Dachser, Ch. 1979/³1983,** *Das Borderline-Syndrom*, Huber, Bern/Stuttgart/Wien. - **Rufer, M. 2007,** *«Viel zu selten wird der Therapeut geprüft»*, Interview im Tages-Anzeiger Zürich, 20.6.2007. - **Ruitenbeek, H.M. 1970**, *The New Group Therapies*, Avon Books, New York (dt.: *Die neuen Gruppentherapien*, Klett, Stuttgart 1974). – **S., Ulrike, Crombach, G. u. Reinecker, H. 1996,** *Der Weg aus der Zwangserkrankung,* Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen/Zürich. - **Sager, C. u. Kaplan, H. (Eds.) 1972,** *Progress in Group and Family Therapy,*, Brunner/Mazel, New York (dt.: *Handbuch der Ehe-, Familien- und Gruppentherapie,* Kindler, München, 1973). - **Satir, V. 1972**, *People Making*, Science and Behavior Books, Palo Alto, CA, USA (dt.: *Selbstwert und Kommunikation*, Pfeiffer, München 1982). - **Satir, V. u. Englander-Golden, P. 1990**, *Say it Straight. From Compulsions to Choices*, Science and Behavior Books, Palo Alto (dt.: *Sei direkt*, Junfer-

mann, Paderborn 1994). - **Schafer, R. 1976,** *A New Language for Psychoanalysis*, Yale University Press, New Haven (CT, USA) (dt.: *Eine neue Sprache für die Psychoanalyse*, Klett-Cotta, Stuttgart, 1982). - **Schiff, J. et al. 1975**, *Cathexis Reader*, Harper & Row, New York. - **Schiff, Shea**, mündliche Mitteilungen. - **Schimel, J.L. 1974**, *Dialogic Analysis of the Obsessional*, Contemporary Psychoanalysis 10, pp.87-101 (zitiert in Hoffmann, S.O. 1979). - **Schlee, J. 2003,** Hinters Licht geführt, in Goldner, C. (Hgb.) 2003, S.23-38. – **Schlegel, L. 1973,** *Grundriß der Tiefenpsychologie, Bd.IV, Die Polarität der Psyche und ihr Integration (eine kritische Darstellung der Psychologie von C. G. Jung),* Francke, Bern, später Tübingen. - **Schlegel, L. 1979/⁴1995**, *Transaktionale Analyse*, Francke, Tübingen/Basel. - **Schlegel, L. 1986**, *Die psychoanalytische Behandlung der Borderline-Störung und die Transaktionale Analyse*, Z. f. Transaktions-Analyse Jg.3, S.36-48. - **Schlegel, L. 1993a,** *Gruppentherapie nach Berne*, Z.f.Transaktionsanalyse, Jg.10, S.85-125. - **Schlegel, L. 1993b/²2002**, *Handwörterbuch der Transaktionsanalyse*, 1. Aufl. Herder, Freiburg i.Br.; 2. Aufl. im Internet www.dsgta,ch. - **Schlippe, A.v. 1984/⁷1988**, *Familientherapie im Überblick*, Junfermann, Paderborn. - **Schmaltz, G. 1955,** *Komplexe Psychologie und körperliches Symptom*, Hippokrates, Stuttgart. - **Schmid, B. 1994**, *Wo ist der Wind, wenn er nicht weht?*, Junfermann, Paderborn. - **Schmid, B. 2003/²2004,** *Systemische Professionalität und Transaktionsanalyse*, Edition Humanistische Psychologie, Bergisch Gladbach. - **Schmid, P.F. 1992**, *Herr Doktor, bin ich verrückt? Eine Theorie der leidenden Person statt einer «Krankheitslehre»*, in: Frenzel, P 1992, S.83-125. - **Schuch, B, 2000,** Stichwort «Schema», in: Stumm, G. u. Pritz, A. (Hgb.), *Wörterbuch der Psychotherapie*, Springer, Wien. - **Schultz, J. H. 1936/²1955,** *Grundfragen der Neurosenlehre*, Kindler, München. - **Schultz-Hencke, H. 1927**, *Einführung in die Psychoanalyse*, Fischer, Jena. -**Schultz-Hencke, H. 1931,** *Schicksal und Neurose*, Gustav Fischer, Jena. - **Schultz-Hencke, H. 1940**, *Der gehemmte Mensch*, Thieme, Stuttgart. – **Schultz-Hencke, H. 1949,** *Lehrbuch der Traumanalyse*, Thieme, Stuttgart. - **Schultz-Hencke, H. 1952,** *Das Problem der Schizophrenie: Analytische Psychoherapie und Psychose*, Thieme, Stutztgart. - **Schultz-Hencke, H. 1951**, *Lehrbuch der analytischen Psychotherapie*, Thieme, Stuttgart. - **Schulz von Thun, F. 1981/1989/1998**, *Miteinander Reden*, Rowohlt TB, Reinbek b. Hamburg (Bd.I 1981/⁴1989; Bd.II, 1989; Bd.III: *«Das innere Team» und situationsgerechte Kommunikation*, 1998). - **Schulze, H. 1977,** *Nesthocker Mensch,* Enke, Stuttgart. - **Schuster, K.** 1999, *Abenteuer Verhaltenstherapie*, Deutscher Taschenbuchverlag, München. - **Schwartz, D. 1991**, *Nicht gleich den Kopf verlieren*, Herder, Freiburg i.Br. – **Schwartz, D. 2002**, *Gefühle, verstehen und positiv verändern*, CIP-Medien, München. - **Schwartz, R. 1995**, *Internal Family System Therapy*, Guilford Press, New York (dt.: *Systemische Therapie der inneren Familie*, Pfeiffer, München 1997) - **Schwidder, W. 1959,** *Neopsychoanalyse (Harald Schultz-Hencke)* in: Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie, Bd. 3, S.171-220, Urban & Schwarzenberg, München/ Berlin. - **Simon, F.B. (Hgb.) 1988**, *Lebende Systeme*, Springer, Berlin. - **Simon, F.B. u. Stierlin, H. 1984**, *Die Sprache der Familientherapie*, Klett-Cotta, Stuttgart (2. Aufl. 2003). - **Simoneaux, J. 1977**, *Adlerian Psychology and TA.* In: James, M. 1977 (Ed.), pp.205-216. - **Spitz, R. 1954,** *Genèse des premières relations objectales*, in: Revue Française de Psychanalyse, Presses Universitaires

de France, Paris (dt.: *Die Entstehung der ersten Objektbeziehungen*, Klett, Stuttgart, 1957). - **Steiner, C. 1967**, *Ein Gestaltexperiment*, Transactional Analysis Bulletin 6 (1967), pp.63-64. - **Steiner, C. 1974,** *Scripts People Live*, Bantam Books, New York (dt.: *Wie man Lebenspläne verändert*, Junfermann, Paderborn. - **Stevens, A. 1994,** *Jung*, Oxford University Press, New York (dt.: *Jung*, Herder, Freiburg i. Br./Basel/Wien, 1999). - **Stevens, J.O. 1971**, *Awareness: exploring, experimenting, expierencing*, Real People Press, Moab, UT, USA (dt.: *Die Kunst der Wahnehmung*, Kaiser, München 1975). - **Stierlin, H. 1989**. *Individuation und Familie*, Suhrkamp, Frankfurt/M. - **Stierlin, H. et al. 1977/²1980**, *Das erste Familiengespräch*, Klett-Cotta, Stuttgart. - **Stolorow, R. D. 1987,** *Psychoanalytic Treatment: An Intersubjetive Approach*, The Analytic Press, Hillsdale (NJ, USA) (dt.: *Psychoanalytische Behandlung - ein intersubjektiver Ansatz*, Fischer Taschenbuch, Frankfurt a.M. - **Strupp, H.H. u. Binder, J.L. 1984**, *Psychotherapy in a New Key. A Guide to Time-Limited Dynamic Psychotherapy,* Basic Books, New York (dt.: *Kurztherapie*, Klett-Cotta, Stuttgart 1993). - **Thomä, H. 1983**, *Erleben und Einsicht im Stammbaum psychoanalytischer Techniken und der «Neubeginn» als Synthese im «Hier und Jetzt»*. In: Hoffmann, S. O. 1983, S.17-43. - **Titze, M.7 1978**, *Alfred Adler und die Grundlagen der humanistischen Psychologie*, Integrative Therapie Jg. 4, S.222-230. - **Titze, M. 1979**, *Lebensziel und Lebensstil*, Pfeiffer, München. - **Trüb, Hans 1951,** *Heilung aus der Begegnung*, Klett, Stuttgart. – **Ulsamer, B. u. Hell, M. 2003,** *Wie hilft Familien-Stellen*, Vier-Türme-Verlag, Müncterschwarzbach. - **Watzlawick, P. (Hgb.) 1981**, *Die Erfundene Wirklichkeit*, Piper, München. - **Watzlawick, P. 1982**, *Die Möglichkeit des Andersseins*, Huber, Bern. - **Watzlawick, P. 1988**, *Münchhausens Zopf*, Huber, Bern. - **Watzlawick, P. et al. 1969**, *Menschliche Kommunikation*, Huber, Bern/Stuttgart. - **Weber. G. (Hgb.) 1993,** *Zweierlei Glück*, Auer, Heidelberg. - **Weber, G., Schmidt, G., Simon, F.B. 2005,** *Aufstellungsarbeit revisited*, Auer, Heidelberg. - **Weisbach, C. u. Dachs, U. 1997**, *Mehr Erfolg durch emotionale Intelligenz*, Gräfe u. Unzer, München. - **Weiss, Th. 1988/²1989**, *Familientherapie ohne Familie*, Kösel, München.- **Whitney, N. J. 1982,** A Critique of Individual Autonomy as the Key in Personhood, *Transactional Analysis Journal 12,* p.210ff. - **Wilken, B 1998,** *Methoden der kognitiven Umstrukturierung,* Kohlhammer, Stuttgart. - **Willi, J. 1975**, *Die Zweierbeziehung*, Rowohlt, Reinbek b. Hamburg. - **Wilson, F.R. 1975**, *TA und Adler*, Transactional Analysis J. 5, pp.117-122. - **Witta, M. 1977**, *Einführung in die Lebensstilanalyse*, Diplomarbeit aus dem Institut f. Angewandte Psychologie, Zürich. - **Wolberg, L. 1965**, *Methodology in Short-Term Therapy*, Am. J. of Psychiatry vol. 122, pp.135-140. - **Wolberg, L. 1980**, *Handbook of Short-Term Psychotherapy*, Thieme-Stratton, New York (dt.: *Kurzzeit-Psychotherapie*, Thieme, Stuttgart/New York 1983). - **Wolfensberger, K.**, Zürich, mündliche Anregungen. - **Yalom, I. D. 2002,** *The Gift of Therapy*, HarperCollins, New York (dt.: *Der Panama-Hut*, Goldmann, München, 2002). - **Young, J. E. u. Mitarb. 2003,** *Schema Therapy*, Guilford Presse, New York/London (dt.: *Schematherapie*, Junfermann, Paderborn, 2005). - **Zöchbauer, F. u. Hoekstra, H. 1974**, *Kommunikationstraining*, Quelle u. Meyer, Heidelberg.